ಪ್ರಚಾರ ಪುಸ್ತಕ ಮಾಲೆ

129

ಕೆಲವು ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು

ಡಾ. ಎ. ನಾರಾಯಣಪ್ಪ

ಪ್ರಸಾರಾಂಗ ಮೈಸೂರು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯ

ಪ್ರಚಾರ ಪುಸ್ತಕಮಾಲೆ–೧೨೯

ಕೆಲವು ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು

ಡಾ. ಎ. ನಾರಾಯಣಪ್ಪ

ಪ್ರಸಾರಾಂಗ
ಮೈಸೂರು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯ

1985

ಮೊದಲನೆಯ ಮುದ್ರಣ—೧೯೬೪
ಎರಡನೆಯ ಮುದ್ರಣ–೧೯೮೫
೧೦,೦೦೦ ಪ್ರತಿಗಳು

ಬೆಲೆ : ರೂ. ೦–೨೫

ಪ್ರಕಾಶಕರು
ನಿರ್ದೇಶಕರು, ಪ್ರಸಾರಾಂಗ, ಮಾನಸಗಂಗೋತ್ರಿ, ಮೈಸೂರು

ಮುದ್ರಕರು
ಮೈಸೂರು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯ ಮುದ್ರಣಾಲಯ, ಮೈಸೂರು

ಮುನ್ನುಡಿ

ನಮ್ಮ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯದ ಮೊದಲನೆಯ ಛಾನ್ಸಲರೂ ಆಳಿದ ಮಹಾಸ್ವಾಮಿಯವರೂ ಆದ ಶ್ರೀ ನಾಲ್ಮಡಿ ಕೃಷ್ಣರಾಜ ಒಡೆಯರ್ ಬಹದ್ದೂರ್ ಅವರು ಮೊದಲನೆಯ 'ಸೆನೆಟ್' ಸಭೆಯ ಪ್ರಾರಂಭೋತ್ಸವ ಸಮಯದಲ್ಲಿಯೂ ಮೊದಲನೆಯ 'ಕಾನ್ವೊಕೇಷನ್' ಸಮಾರಂಭದ ಕಾಲದಲ್ಲಿಯೂ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯದ ವಿದ್ಯೆ ಪಟ್ಟಣಗಳಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಕೇಂದ್ರೀಕೃತವಾಗದೆ ನಾಡಿನ ಮೂಲೆ ಮೂಲೆಗೂ ಪ್ರಸರಿಸಿ, ಉಚ್ಚಶಿಕ್ಷಣವನ್ನು ಪಡೆಯಲು ಅವಕಾಶ ಹೊಂದದ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನರ ಹೃದಯವನ್ನು ಬೆಳಗಿ ಸಮಷ್ಟಿಪ್ರಜ್ಞೆಯ ವಿಕಾಸಕ್ಕೆ ಕಾರಣವಾಗಬೇಕು ಎಂಬ ಮಹದಾಶಯವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸಿದ್ದರು. ಅವರ ಆಶಯ ಇಂದು ಫಲದಾಯಕವಾಗುತ್ತಿದೆ. ನಮ್ಮ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯದ ಪ್ರಸಾರಾಂಗ ನಾಡಿನ ಮೂಲೆಮೂಲೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಚಾರೋಪನ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಏರ್ಪಡಿಸಿ, ಸಂಸ್ಕೃತಿ ಪ್ರಸಾರ ಕಾರ್ಯವನ್ನು ಬಹಳ ಸಮರ್ಪಕವಾದ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ನೆರವೇರಿಸುತ್ತಿದೆ.

ಜನರು ಬಯಸಿದೆಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಪ್ರಚಾರೋಪನ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಏರ್ಪಡಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯದಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ವರ್ಷಗಳು ಪಾಠ ಹೇಳಿ ಮಿಗಿಲಾದ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಗಳಿಸಿರುವ ಘನ ವಿದ್ವಾಂಸರು ಜನರು ಅಪೇಕ್ಷಿಸುವ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಕುರಿತು ಸರಳವೂ, ಸುಲಭಗ್ರಾಹ್ಯವೂ ಆದ ಕನ್ನಡ ಭಾಷೆಯ ಮೂಲಕ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಕೊಡುತ್ತಾರೆ. ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಹಂಚುವುದರಲ್ಲೂ ಆನಂದವಿದೆ. ಅಧ್ಯಾಪಕವೃಂದದವರು ಹಳ್ಳಿಗಳಲ್ಲಿಯೇ ಒಂದೆರಡು ದಿನ ನೆಲಸಿ, ಸಾಮಾನ್ಯಜನರಂತೆಯೇ ಇದ್ದು

ಕೊಂಡು, ಗಳಿಸಿರುವ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಜನಸಾಮಾನ್ಯರ ಹೃದಯ ದಲ್ಲಿ ಬಿತ್ತಿ, ತಾವೂ ಆನಂದವನ್ನು ಅನುಭವಿಸುತ್ತಾರೆ ಮತ್ತು ಇತರರಿಗೂ ಆನಂದವನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತಾರೆ. ಈ ಉಪನ್ಯಾಸ ಗಳು ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯದ ಮೆಟ್ಟಿಲನ್ನು ಹತ್ತಲು ಅವಕಾಶವಿಲ್ಲ ದವರಿಗೆ ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯದ ವಿದ್ಯೆಯ ಸೌಲಭ್ಯವನ್ನು ನೀಡಲು ನೆರವಾಗುತ್ತವೆ; ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾನಿಲಯದಲ್ಲಿ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಗಳಿಸಿ ನಾಡಿನ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ವಿವಿಧ ಕಾರ್ಯರಂಗಗಳಲ್ಲಿ ನಿರತರಾಗಿರುವ ಜನರಿಗೆ ಮಾರ್ಗದರ್ಶಕವಾಗುತ್ತವೆ; ನಮ್ಮ ಸಮಾಜದಲ್ಲಿನ ಭೇದಭಾವಗಳನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಿ ಸಮಾನತೆ ಯನ್ನು ಸ್ಥಾಪಿಸಲು ಸಹಾಯಕವಾಗುತ್ತವೆ; ವಿಶ್ವವಿದ್ಯಾ ನಿಲಯಕ್ಕೂ ಸಾಮಾನ್ಯ ಜನತೆಗೂ ಮಧ್ಯೆ ಇರುವ ದೊಡ್ಡ ಅಂತರವನ್ನು ಪರಿಹರಿಸಲು ನೆರವಾಗುತ್ತವೆ; ಜನರಲ್ಲಿ ಜ್ಞಾನೋದಯವನ್ನುಂಟುಮಾಡಿ, ದುಃಖಕ್ಕೆ ಮೂಲಕಾರಣ ವಾದ ಅಸಮಾನತೆಯನ್ನು ಹೋಗಲಾಡಿಸಿ, ವಿಶಾಲ ಭಾವನೆ ಮೂಡುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ.

ಪ್ರಚಾರೋಪನ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಕಿರುಹೊತ್ತಗೆಗಳ ರೂಪದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕಟಿಸಲಾಗುತ್ತಿದೆ. ಈ ಉಪನ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಕೇಳಲು ಅವಕಾಶ ಸಿಕ್ಕದವರು ಈ ಹೊತ್ತಗೆಗಳನ್ನು ಕೊಂಡು ಓದಿ ತಿಳಿವಳಿಕೆ ಪಡೆಯಲು ಅವಕಾಶವಿದೆ. ಈ ಮಾಲೆಯ ಪುಸ್ತಕಗಳು ಹೆಚ್ಚು ಜನಪ್ರಿಯವಾಗಿವೆ. ಪುಸ್ತಕಗಳು ಅಚ್ಚಿನ ಮನೆಯಿಂದ ಹೊರ ಬಿದ್ದ ಕೂಡಲೆ ಜನರು ಆದರದಿಂದ ಕೊಂಡು ಓದುತ್ತಾರೆ. ಈ ಮಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಈಗಾಗಲೆ ಭೌತವಿಜ್ಞಾನ, ರಸಾಯನ ವಿಜ್ಞಾನ, ಪ್ರಾಣಿವಿಜ್ಞಾನ, ವೈದ್ಯವಿಜ್ಞಾನ, ಗಣಿತವಿಜ್ಞಾನ, ಸಮಾಜ ವಿಜ್ಞಾನ, ಅರ್ಥಶಾಸ್ತ್ರ; ತತ್ತ್ವಶಾಸ್ತ್ರ, ಸಾಹಿತ್ಯ ಮತ್ತು ಕಲೆ

ಮುಂತಾದ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಕುರಿತ ನೂರ ಇಪ್ಪತ್ತೆಂಟು ಪುಸ್ತಕಗಳು ಪ್ರಕಟವಾಗಿವೆ ಎಂಬುದನ್ನು ತಿಳಿಸಲು ನನಗೆ ಬಹಳ ಸಂತೋಷವಾಗುತ್ತದೆ.

ಈ ಮಾಲೆಯಲ್ಲಿ ಈಗ ಹೊರಬೀಳುತ್ತಿರುವ ಡಾ. ಎ. ನಾರಾಯಣಪ್ಪ ಅವರ 'ಕೆಲವು ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳು' ಹೆಚ್ಚು ಜನಪ್ರಿಯವಾಗಲೆಂದು ನಾನು ಆಶಿಸುತ್ತೇನೆ.

ಸರ್ದಾರ್ ಕೆ. ಎಂ. ಪಣಿಕ್ಕರ್
ವೈಸ್-ಛಾನ್ಸಲರ್

ವಿಷಯಸೂಚಿಕೆ

ಡಿಫ್ತೀರಿಯಾ

ಡಿಫ್ತೀರಿಯ ಒಂದು ಮುಖ್ಯವಾದ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗವಾಗಿದೆ. ಈ ರೋಗ ಕ್ಲೆಬ್ಸ್ ಲಾಫ್ಲರ್ ರೋಗಾಣುವಿನಿಂದ ಬರುತ್ತದೆ. ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ಗಂಟಲು, ಮೂಗು, ಮತ್ತು ಕಂಠನಾಳಗಳಲ್ಲಿ ನಾಟಿಕೊಂಡು ಬೆಳೆದು ಅಸಹಜ ಪರೆಯನ್ನು ಉತ್ಪತ್ತಿ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ಕರಗುವ ಹೊರ ವಿಷಾಣುಗಳನ್ನುತ್ಪತ್ತಿ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಈ ರೋಗ ಚಳಿಗಾಲ, ಮಳೆಗಾಲಗಳಲ್ಲಿ, ಗುಡ್ಡಗಾಡು ಪ್ರದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ನವಂಬರ್ ಮತ್ತು ಡಿಸೆಂಬರ್ ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗದಿಂದ ಮಕ್ಕಳು ಅಧಿಕ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಸಾಯುತ್ತಾರೆ.

ಗಂಟಲು ನೋವಾದಾಗ, ದಡಾರವೆದ್ದಾಗ, ಈ ರೋಗ ಬಹಳ ಬೇಗ ಅಂಟಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಕೆಲವರಂತೂ ಈ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಅತಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ತುತ್ತಾಗುತ್ತಾರೆ. ಡಿಫ್ತೀರಿಯ ರೋಗಾಣುಗಳು ಆರೋಗ್ಯವಂತರಂತೆ ಕಾಣುವ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ನೆಲೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಇಂತಹವರಿಂದ ಅವರಿಗರಿವಿಲ್ಲದೆಯೇ ಈ ರೋಗ ಇತರರಿಗೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಇಂತಹ ರೋಗ ವಾಹಕರ ಬಗ್ಗೆ ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿ ಎಚ್ಚರವಹಿಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ರೋಗಿಯ ಪರಿಸರದಲ್ಲಿರುವ ದೂಳಿನಿಂದ ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ಇತರರ ದೇಹವನ್ನು ಸೇರುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಜೊಲ್ಲಿನಿಂದ, ಸಿಂಬಳದಿಂದ, ಕಿವಿ ಸೋರುವುದರಿಂದ, ಇಲ್ಲವೇ ಗಾಯದಿಂದ ಹೊರ ಹರಿಯುವ ಸೋನೆಯಿಂದ ಒಬ್ಬರಿಂದೊಬ್ಬರಿಗೆ ಹರಡಬಹುದು. ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ಹಾಲಿಗೆ ಸೇರಿದಾಗ ಅತಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ಈ ರೋಗ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಬಟ್ಟೆ, ಸ್ಥಿರದ್ರವ

ಲೇಖನ, ಅದರ ಮುಚ್ಚಳ, ಪುಸ್ತಕ ಮತ್ತು ಹಲ್ಲಿನ ಕುಂಚ ಗಳಿಂದ ಈ ರೋಗ ಹರಡಬಹುದು ಚುಂಬನದಿಂದಲೂ ಈ ರೋಗ ಹರಡುತ್ತದೆ. ರೋಗಗ್ರಸ್ತ ಮನುಷ್ಯನೇ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯ ಮೂಲವಾದುದರಿಂದ, ರೋಗಿಗಳನ್ನು, ರೋಗವಾಹಕರನ್ನು ಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ಸಂಗಡ ಸಂಪರ್ಕವಿಟ್ಟುಕೊಂಡವರನ್ನು ಆದಷ್ಟು ಬೇಗ ಗುರುತಿಸಿ ಅವರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆಕೊಟ್ಟರೆ ಬಹು ಮಟ್ಟಿಗೆ ರೋಗಹರಡುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು. ಷಿಕ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ಒಬ್ಬವ್ಯಕ್ತಿ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಅಬಾಧಿತನೇ ಅಥವಾ ಇಲ್ಲವೇ ಎಂಬುದು ತಿಳಿಯುತ್ತದೆ.

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಈ ರೋಗ ಪಕ್ವಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬರಲು ಎರಡರಿಂದ ನಾಲ್ಕು ದಿವಸಗಳು ಬೇಕು. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ರೋಗದ ಪರಿಪಕ್ವ ಕಾಲ ರೋಗಾಣುಗಳ ಉಗ್ರತೆಗನುಗುಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಕಾಲ ಒಂದು ದಿವಸದಿಂದ ಆರು ದಿವಸಗಳವರೆಗಿರಬಹುದು. ರೋಗಾಣುಗಳು ಒಣಗಿದಾಗ, ಇಲ್ಲವೇ ಶೀತಕ್ಕೆ ಸಿಕ್ಕಿದಾಗ ಅವುಗಳಲ್ಲಿನ ಉಗ್ರತೆ ಮತ್ತು ತೀಕ್ಷ್ಣತೆ ಅಳಿಸಿ ಹೋಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಸೂರ್ಯರಶ್ಮಿ ಮಾತ್ರ ಈ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಕೊಲ್ಲುವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ರೋಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸಿದ ಬಟ್ಟೆ, ಹಾಸಿಗೆ, ಪುಸ್ತಕಗಳನ್ನು ಕತ್ತಲು ಕೋಣೆಗಳಲ್ಲಿ ಇಟ್ಟಾಗ ಬಹಳ ದಿವಸಗಳವರೆಗೆ ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ಜೀವಂತವಾಗಿರು ತ್ತವೆ. ಡಿಫ್ತೀರಿಯ ಯಾರಿಗಾದರೂ ಒಮ್ಮೆ ಬಂದರೆ ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲವೆಂದು ಹೇಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗಿಯ ಗಂಟಲಿನಿಂದ ಅಸಹಜ ಪರೆ ಅಳಸಿಹೋದ ಮೇಲೆ ಮೂರು ವಾರಗಳವರೆಗೆ ರೋಗಾಣುಗಳು ರೋಗಿಯ ಗಂಟಲಿನಲ್ಲಿ ನೆಲೆಸಿರುತ್ತವೆ. ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪವಾಗಿ ಹದಿನೈದು ತಿಂಗಳು

ಗಳವರೆಗೆ ಗಂಟಲಿನಲ್ಲಿ ಇರುತ್ತವೆ. ಈ ರೋಗದಿಂದ ನರಳಿದ ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಗಂಟಲಿನಲ್ಲಿನ ಪರೆ ಹೋದನಂತರ ಮೂರು ವಾರ ಗಳವರೆಗೆ ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಮಕ್ಕಳ ಸಂಗಡ ಸೇರಿಸಬಾರದು. ಹೀಗೆ ಸೇರಿದರೆ ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ರೋಗ ತಗುಲ ಬಹುದು.

ಗಂಟಲಿನಲ್ಲಿ ಬರುವ ಕಾಯಿಲೆ ಕೆಲವು ವೇಳೆ ತುಂಬಾ ಸೌಮ್ಯ ವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ರೋಗ ಸಾಧಾರಣವಾಗಿ ಉಗ್ರವಾಗಿರುವಾಗ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತಲೆನೋವು ಮತ್ತು ಆಲಸ್ಯಗಳುಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಜ್ವರ 38·5°c ನಿಂದ 40°c ವರೆಗೆ ಬರುತ್ತದೆ. ಮೊದಲನೆಯ ದಿವಸ ಗಂಟಲಿನಲ್ಲಿ ಸ್ವಲ್ಪ ನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡು, ಗಂಟಲು ಊದಿಕೊಂಡು ಕೆಂಪಾಗುತ್ತದೆ. ಕತ್ತಿನಲ್ಲಿರುವ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಊದಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. 24 ಗಂಟೆಗಳೊಳಗಾಗಿ ಬಾದಾಮಿಗ್ರಂಥಿ (TONSIL)ಯ ಮೇಲೆ ಅರಸಿನ ಬಣ್ಣದ ಬಿಳಿಯ ಚುಕ್ಕೆಗಳು ಕಾಣಿಸಿ ಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಈ ಚುಕ್ಕೆಗಳನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಅಳಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಬಿಳಿ ಚುಕ್ಕೆಗಳು ಒಂದ ನ್ನೊಂದು ಕೂಡಿಕೊಂಡು ಬಾದಾಮಿ ಗ್ರಂಥಿಯ ಹೊರ ಮೈ ಮೇಲೆ, ಕಿರುನಾಲಗೆ, ಮೆದುತಾಳಿಗೆ ಮತ್ತು ಹಿಂಗಂಟಲಿನ ನಾಳ ಗಳಿಗೆ ಹರಡುತ್ತವೆ. ಬಿಳಿಪರೆ ಮೂಗಿನವರೆಗೂ ಹರಿದು ಮೂಗಿನ ಮೂಲಕ ರಕ್ತ ಸೋರುವಂತೆ ಮಾಡಬಹುದು. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ದುರ್ವಾಸನೆಯು ಬರುತ್ತದೆ. ಈ ವೇಳೆಗೆ ಸರಿಯಾಗಿ ಗಂಟಲಿನಲ್ಲಿರುವ ಮೆದು ಭಾಗಗಳು ಊದಿಕೊಂಡು ಕತ್ತಿನಲ್ಲಿರುವ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಊದಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ದೇಹ ಪ್ರಕೃತಿಯು ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಉಗ್ರವಾಗಿ ಹೃದಯದ ಸ್ಪಂದನ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತದ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿ ನಾಡಿಯಲ್ಲಿ ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡ

ಕಡಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಆಯಾಸ ವಿಪರೀತವಾಗುವುದಲ್ಲದೆ, ಆಹಾರವನ್ನಾಗಲೀ ಇಲ್ಲವೇ ಉಗುಳನ್ನಾಗಲೀ ನುಂಗುವುದಕ್ಕೆ ತುಂಬಾ ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಕಂಠನಾಳದಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆಯಿರದಿದ್ದರೂ ಸಹ ಉಸಿರಾಡುವಾಗ ಗಂಟಲಲ್ಲಿ ಶಬ್ದವಾಗುತ್ತದೆ. ಮೃದು ತಾಳಿಗೆಗೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆದಾಗ, ನುಂಗಿದ ಆಹಾರ ಮೂಗಿನ ಮೂಲಕ ಹೊರಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಕಾಯಿಲೆಯು ಹೆಚ್ಚಾದಾಗ ರಕ್ತಕಣಗಳು ವೇಗವಾಗಿ ಕೆಳಮಟ್ಟಕ್ಕಿಳಿಯುತ್ತವೆ. ಬಿಳಿರಕ್ತ ಕಣಗಳ ಹೆಚ್ಚಳ ಕಾಣಬರುತ್ತದೆ. ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ದೋಷ ಕಂಡು ಬರುತ್ತದೆ. ರೋಗ ತೀವ್ರಗತಿಗೆ ಹೋದಾಗ ರೋಗಿಗೆ ಜ್ಞಾನ ತಪ್ಪಬಹುದು. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಗಂಟಲು ಮತ್ತು ಮೂಗು ಗಳಿಂದ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗಬಹುದು. ಈ ವಿಷಾಣುಗಳಿಂದ ಲೋಮನಾಳಗಳಿಗೆ ಧಕ್ಕೆಯುಂಟಾದಾಗ ದೇಹದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಚಿಕ್ಕ ಚಿಕ್ಕ ಚುಕ್ಕೆಗಳೋಪಾದಿಯಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸೋರ ಬಹುದು. ರೋಗಿಯ ಕತ್ತು ಗೂಳಿಯ ಕುತ್ತಿಗೆಯಂತೆ ದಪ್ಪ ನಾಗುತ್ತದೆ. ಕುತ್ತಿಗೆಯಲ್ಲಿನ ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಮೃದ್ವಸ್ತಿಗಳೂ ದಪ್ಪವಾಗುತ್ತವೆ. ಮುಖವೂ ದಪ್ಪವಾಗಿ ನೆರ ಕೂದಲಿನ ಬಣ್ಣ ಬರುತ್ತದೆ. ಕಾಯಿಲೆಯು ಬಂದ ಒಂದು ವಾರದೊಳಗೆ ಹೃದಯದ ಮಾಂಸ ಖಂಡಗಳಿಗೆ ಧಕ್ಕೆಯುಂಟಾಗು ವುದರಿಂದಾಗಲೀ ಇಲ್ಲವೇ ಶ್ವಾಸ ಕೋಶಗಳ ಉರಿಯೂತದಿಂದಾ ಗಲೀ ರೋಗಿ ಗತಿಸುತ್ತಾನೆ.

ಕಂಠನಾಳ ಮತ್ತು ಶ್ವಾಸನಾಳಗಳಿಗೆ ಈ ರೋಗ ತಗುಲ ಬಹುದು. ಶೇ. 25 ಜನ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಗಂಟಲಿನಿಂದ ಕಂಠ ನಾಳ ಮತ್ತು ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳಿಗೆ ಡಿಫ್ತೀರಿಯ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಬಹಳ ಅಪರೂಪವಾಗಿ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಪ್ರಥಮದಲ್ಲಿ ಕಂಠನಾಳಕ್ಕೆ

ತಗುಲುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಗಂಟಲಿಗೆ ಬಂದ ರೋಗ ಕಂಠನಾಳಕ್ಕೆ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಇದು ಚಿಕ್ಕಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣುತ್ತದೆ. ಬಂದವರಲ್ಲಿ ಬಹಳ ಜನ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಾರೆ. ಕಂಠನಾಳದ ಮೂಲರೋಗದಲ್ಲಿ ವಿಷಮತೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಕಂಠನಾಳಕ್ಕೆ ಮೂಲದಲ್ಲಿ ಬರುವುದರ ಮೂರರಷ್ಟು ಕಾಯಿಲೆ ಗಂಟಲಿನಿಂದ ಹರಡುತ್ತ ಬಂದು ಕಂಠನಾಳಕ್ಕೆ ಧಕ್ಕೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಗಂಟಲು ಕಟ್ಟುವುದು. ಘೊಯ್ ಘೊಯ್ ಎಂದು ಕೆಮ್ಮುವುದು, ಉಸಿರಾಡುವಾಗ ತುಂಬಾ ಶಬ್ದವಾಗುವುದು, ರೋಗದ ಚಿಹ್ನೆಗಳಾಗಿ ಪ್ರಥಮದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಉಸಿರಾಡಲು ಕಂಠನಾಳದಲ್ಲಿ ಅಡಚಣೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಅಡಚಣೆ ಪ್ರತಿನಿಮಿಷಕ್ಕೂ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಉಸಿರಾಡುವಾಗ ಉಚ್ಛ್ವಾಸ, ನಿಶ್ವಾಸಗಳೆರಡರಲ್ಲಿಯೂ ಶಬ್ದ ಉತ್ಪತ್ತಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಮನದಲ್ಲಿ ಬೇಗುದಿಯಾಗಿ ವ್ಯಾಕುಲ ಚಿತ್ತರಾಗುವುದಲ್ಲದೆ, ಎದೆಗೂಡಿನಲ್ಲಿ ಒಳ ಎಳಿತ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಕಂಠನಾಳದಲ್ಲಿನ ಆತಂಕ ಬೇಗ ನಿವಾರಣೆಯಾಗದೆ ಹೋದರೆ ಮಗು ನೀಲಿ ಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ತಿರುಗಿ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತದೆ. ಈ ಸಾವು ಹೃದಯಕ್ರಿಯೆ ನಿಂತರೂ ಆಗಬಹುದು ಇಲ್ಲವೇ ಉಸಿರು ಕಟ್ಟುವುದರಿಂದಲಾದರೂ ಆಗಬಹುದು. ಕೆಲವು ಸಾಧನಗಳಿಂದ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಿದಾಗ ಕಂಠನಾಳದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಾವರೋಧ ಕಾಣಿಸುವುದಲ್ಲದೆ ಊದಿಕೊಂಡಿರುವುದೂ ಕಾಣಿಸುತ್ತದೆ. ಕಂಠನಾಳದಲ್ಲಿ ಅಸಹಜಪರೆ ಮೂಡಿ ಬಂದಿರುತ್ತದೆ.

ಡಿಫ್ತೀರಿಯ ಮೂಗಿನಲ್ಲಿಯೂ ಮನೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರಬಹುದು ಇದು ಶೇಕಡ ಮೂರರಷ್ಟು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಅದರಲ್ಲೂ ಒಂದು

ವರ್ಷದ ಒಳಗಿರುವ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಬರುತ್ತದೆ. ಈ ರೋಗ ಮೂಲತಹ ಮೂಗಿನಲ್ಲಿ ಬರಬಹುದು. ಇದು ಇಲ್ಲಿಯೇ ಮನೆ ಮಾಡಿಕೊಂಡಿರಬಹುದು, ಇಲ್ಲವೇ ಗಂಟಲಿಗೆ ಹರಡ ಬಹುದು. ಎಲ್ಲೂ ಪ್ರಸರಿಸದೆ, ಮೂಗಿನಲ್ಲಿಯೇ ಇದ್ದಾಗ ದೇಹ ಪ್ರಕೃತಿಯ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಾಣಿಸುವುದಿಲ್ಲ, ಜ್ವರ ತುಂಬಾ ಕಡಮೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಮೂಗಿನಿಂದ ದುರ್ವಾಸನಾ ಭರಿತವಾದ ರಕ್ತಮಿಶ್ರಿತ ಸ್ರಾವ ಹರಿಯುತ್ತದೆ. ಮೂಗು ಕಟ್ಟಿ ಕೊಂಡು ಉಸಿರಾಡಲು ತೊಂದರೆಯಾಗಬಹುದು. ಈ ರೀತಿಯ ಮೂಗಿನ ರೋಗದಿಂದ ನರಳುತ್ತಿರುವವರು ಸಮಾಜಕ್ಕೆ ಕಂಟಕ ಪ್ರಾಯರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಏಕೆಂದರೆ ಇವರಿಂದ ರೋಗ ಆರೋಗ್ಯ ವಂತರಿಗೆ ಅರಿವಿಲ್ಲದಂತೆಯೇ ಹರಡುತ್ತದೆ.

ಡಿಫ್ತೀರಿಯ ರೋಗ ಚರ್ಮ, ಕಿವಿ, ಕಣ್ಣು, ಹೊಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ಯೋನಿ ನಾಳಗಳಿಗೂ ತಗುಲುತ್ತದೆ.

ಅಸಹಜ ಪರೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣುಗಳಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ, ಕಾಯಿಲೆ ಇಲ್ಲವೆಂದು ವೃಥವಾಗಿ ಹೇಳಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ರೋಗಾಣು ಗಳು ಮಂಜುಗಡ್ಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಬಹಳ ದಿವಸಗಳವರೆಗೆ ಜೀವಂತ ವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ನೀರು ಮತ್ತು ಹಾಲುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವಾರು ವಾರ ಗಳವರೆಗೆ ಜೀವಂತವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ಸೌಮ್ಯ ವಾಗಿರಬಹುದು ಇಲ್ಲವೇ ರುದ್ರವಾಗಿರಬಹುದು. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಸ್ವಲ್ಪ ರುದ್ರವಾಗಿಯೂ ಇರಬಹುದು. ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ಅತ್ಯಂತ ಪ್ರಭಾವಯುತವಾದ ವಿಷಾಣುಗಳನ್ನು ಉತ್ಪತ್ತಿ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಈ ವಿಷಾಣುಗಳು ದೇಹದ ಎಲ್ಲಾ ಭಾಗ ಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಪ್ರಸರಿಸಿ ದೇಹಕ್ಕೆ ಅಪಾಯವನ್ನುಂಟು ಮಾಡು ತ್ತವೆ. ಅದರಲ್ಲೂ, ಹೃದಯ, ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳು, ಮಿದುಳು

ಮತ್ತು ಮಿದುಳು ಬಳ್ಳಿಯ ಅಣುಕೋಶಗಳ ಮೇಲೆ ಕೆಲಸ ಮಾಡಿ ಅಪಾಯವನ್ನು ತಂದೊಡ್ಡುತ್ತವೆ.

ಡಿಫ್ತೀರಿಯ ರೋಗದ ಚಿಹ್ನೆಗಳು ಕಂಡು ಬಂದಾಗ ಕೂಡಲೆ ರೋಗಾಣುವಿನ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಕಳುಹಿಸಬೇಕು. ಕಾಯಿಲೆಯ ಅನುಮಾನ ಕಂಡಕೂಡಲೇ ವಿಷಘ್ನಗಳನ್ನು ರೋಗಿಗೆ ಚುಚ್ಚಬೇಕು.

ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳು

ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಎಳೆಯದರಲ್ಲಿಯೇ ಗುರುತಿಸದೆ ಹೋದಾಗ, ಗುರುತಿಸಿಯು ವಿಷಘ್ನಗಳನ್ನು ಕೊಡದೆ ಹೋದಾಗ ರೋಗಿಯು ಈ ಕಾಯಿಲೆಯ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳಿಗೆ ಬಲಿಯಾಗುತ್ತಾನೆ. ಶ್ವಾಸನಳಿಕೆ (TRACHEA)ಯ ಉರಿಯೂತ ಚಿಕ್ಕಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಪುಪ್ಪುಸದ ಉರಿಯೂತವೂ ಬರಬಹುದು. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಶ್ವಾಸನಳಿಕೆಯಲ್ಲಿ ಗಾಳಿಯ ಸಂಚಾರಕ್ಕೆ ತಡೆಯುಂಟಾದಾಗ ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಭಾಗ ಕುಸಿದು ಸಣ್ಣವಾಗುತ್ತದೆ.

ಹೃದಯ ಸ್ಥಂಭನ ಅತ್ಯಂತ ಮುಖ್ಯವಾದ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿದೆ. ದೇಹದಲ್ಲಿ ವಿಷಮತೆ ಹೆಚ್ಚಾದಾಗ ಹೃದಯ ಕ್ರಿಯೆ ನಿಲ್ಲುತ್ತದೆ. ಇದು ಕಾಯಿಲೆಯ ಯಾವ ಘಟ್ಟದಲ್ಲಾದರೂ ಆಗಬಹುದು. ಹೃದಯದ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳ ಮೇಲೆ ವಿಷಾಣುಗಳು ಕೆಲಸಮಾಡಿ ಹೃದಯಕ್ಕೆ ಅಪಾಯವನ್ನು ತಂದೊಡ್ಡಬಹುದು ಇಲ್ಲವೇ ನರಗಳ ಮೇಲೆ ಕೆಲಸಮಾಡಿ ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಬಲಹೀನವಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಿಯಾದರೂ ಹೃದಯ ಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಬಹುದು. ಹೃದಯದ ಮಿಡಿತ ದುರ್ಬಲವಾಗುತ್ತಾ ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಪಿತ್ತಜನಕಾಂಗ ಊದಿಕೊಳ್ಳು

ತ್ತದೆ. ಎದೆಯ ಕೆಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ನೋವುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ವಾಂತಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಹೃದಯ ದೊಡ್ಡದಾಗಿ, ಕೈಕಾಲು ಗಳು ಬಿಳಿಚಿಕೊಂಡು ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡ ಕಡಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ನಂತರ ರೋಗಿ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಾನೆ.

ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳಿಗೆ ಅಪಾಯವುಂಟಾಗಿ ಆಲ್ಬ್ಯುಮಿನ್ ಎಂಬ ಸಸಾರಜನಕ ವಸ್ತು ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಕೈ ಕಾಲುಗಳು ಊದಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಮೂತ್ರದ ಉತ್ಪತ್ತಿ ಕಡಮೆ ಯಾಗುತ್ತದೆ. ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಬಿಳಿರಕ್ತಕಣಗಳು. ಜೀವಾಣು ಕೋಶಗಳು ಮತ್ತು ಇತರೆ ವಸ್ತುಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅತಿ ವಿರಳವಾಗಿ ಕೆಂಪು ರಕ್ತಕಣಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

ಶೇಕಡ 10 ರಿಂದ 15 ಭಾಗದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆಯುತ್ತದೆ. ಇದಕ್ಕೆ ಒಂದು ಮಾಂಸಖಂಡ ಇಲ್ಲವೇ ಒಂದು ಗುಂಪಿಗೆ ಸೇರಿದ ಮಾಂಸ ಖಂಡಗಳು ಬಲಿಯಾಗುತ್ತವೆ. ಆದರಲ್ಲೂ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮೆದು ತಾಳಿಗೆಗೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆಯು ತ್ತದೆ. ಆಗ ರೋಗಿ ಏನನ್ನಾದರೂ ಕುಡಿಯಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿ ದಾಗ ಅದು ಮೂಗಿನ ಮೂಲಕ ಹೊರಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಲಕ್ವ ಮೊದಲನೆಯ ಇಲ್ಲವೇ ಎರಡನೆಯ ವಾರದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳ ಬಹುದು. ಕಣ್ಣಿನ ಹೊರಮಾಂಸ ಖಂಡಗಳಿಗೂ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆಯಬಹುದು. ರೋಗಿಗೆ ಓದುವುದಕ್ಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ, ಕನೀನಿಕೆ ಆಗಲವಾಗುತ್ತದೆ. ಮೇಲಿನ ರೆಪ್ಪೆಯನ್ನು ರೋಗಿ ಸ್ವತಃ ಮೇಲಕ್ಕೆತ್ತಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಇದು ಮೂರನೆಯ ವಾರದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಮುಖ, ಕತ್ತು, ಎದೆ, ಹೊಟ್ಟೆ, ಕೈ ಕಾಲುಗಳಿಗೂ ಕ್ರಮೇಣವಾಗಿ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆಯಬಹುದು. ಕತ್ತಿಗೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆದಾಗ ತಲೆಯನ್ನು ಮೇಲಕ್ಕೆತ್ತಲಾಗು

ವುದಿಲ್ಲ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ವಸೆಯು ನರಕ್ಕೆ ಅಪಾಯವುಂಟಾಗಿ ಉಸಿರಾಡಲು ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಆಗ ಕೆಮ್ಮು, ದಮ್ಮುಗಳುಂಟಾಗಿ ದೇಹ ನೀಲಿ ಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ತಿರುಗುತ್ತದೆ. ಇದು ನಾಲ್ಕರಿಂದ ಎಂಟು ವಾರಗಳೊಳಗಾಗಿ ಆಗಬಹುದು. ಕೆಲಕಾಲದ ನಂತರ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ರೋಗಿ ಈ ಲಕ್ವದಿಂದ ಚೇತರಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾನೆ.

ಶೇಕಡ 3 ರಿಂದ 5 ಜನ ರೋಗಿಗಳು ಈ ರೋಗದಿಂದ ಸಾಯುತ್ತಾರೆ. ರೋಗದ ಗತಿ, ರೋಗವನ್ನು ಗುರುತಿಸಿದ ಘಟ್ಟ, ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪ್ರಾರಂಭವಾದಾಗ ಇರುವ ರೋಗದ ಸ್ಥಿತಿ ಇವುಗಳ ಮೇಲೆ ರೋಗಿಯ ಭವಿಷ್ಯ ನೆಲೆಸಿರುತ್ತದೆ. ಮೊದಲನೆಯ ದಿವಸದಿಂದಲೇ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸಿದರೆ ಸಾವು ಶೇಕಡ 0.3 ರಷ್ಟಿರುತ್ತದೆ. ಮೂರನೆಯ ದಿವಸ ಶೇಕಡ 4, ನಾಲ್ಕನೆಯ ದಿವಸ ಶೇಕಡ 12, ನಂತರದ ದಿವಸಗಳಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 25 ಇರುತ್ತದೆ. ಚಿಕ್ಕಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಸಾವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ರೋಗವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ವಿಧಾನ

ರೋಗಿಯ ಸಂಗಡ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನಿಟ್ಟುಕೊಂಡವರನ್ನು ಶಿಕ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ಗುರಿಪಡಿಸಿ, ಅವರ ಗಂಟಲು ಮತ್ತು ಮೂಗುಗಳನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ಅವರನ್ನು ಪ್ರತಿದಿನವೂ ಕಾಯಿಲೆಯ ಕುರುಹಿಗಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಬೇಕು. ಅಂತಹವರಿಗೆ ಪೆನಿಸಿಲಿನ್ ಕೊಡಬೇಕು. ಶಿಕ್ ಮತ್ತು ಇತರೆ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳನ್ನು ಮಾಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದೆ ಹೋದಾಗ ಎರಡು ಸಾವಿರ ಮೂಲ ಮಾನಗಳಷ್ಟು ವಿಷಘ್ನಗಳನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಇದರ ಜೊತೆಗೆ ಪೆನಿಸಿಲಿನ್ ಕೊಡಬೇಕು.

ರೋಗಿಯನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿಟ್ಟಿರಬೇಕು. ಕಾಯಿಲೆಯು ಪ್ರಾರಂಭವಾದಂದಿನಿಂದ ಮೂರು ವಾರಗಳವರೆಗೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಪಾಠಶಾಲೆಗೆ ಕಳುಹಿಸಬಾರದು, ಏಕೆಂದರೆ ಈ ರೋಗಿಯಿಂದ ಇತರೆ ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಕಾಯಿಲೆ ಹರಡಬಹುದು.

ಗಂಟಲಿನಿಂದ ರೋಗಾಣುಗಳು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಅಳಿಸಿ ಹೋಗುವವರೆಗೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿಟ್ಟಿರಬೇಕು. ಶೇಖಡ 75 ಜನ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ಕಾಯಿಲೆಯು ಪ್ರಾರಂಭವಾದ ಮೂರು ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ಗಂಟಲು ಮತ್ತು ಮೂಗಿ ನಿಂದ ನಶಿಸಿ ಹೋದರೆ ಉಳಿದ 25 ಜನ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಅಲ್ಲಿಯೇ ನೆಲೆಸಿ ಆ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಡಿಫ್ತೀರಿಯ ರೋಗ ವಾಹಕರನ್ನಾಗಿ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ರೋಗಿಯ ಸಂಗಡ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನಿಟ್ಟುಕೊಂಡ ಕೆಲವರು ರೋಗವಾಹಕರಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ಅಂತಹವರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 10 ಜನ ಅತ್ಯಂತ ಉಗ್ರವಾದ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರು ತ್ತಾರೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ರೋಗಿಯು ಕೊನೆಯ ಪಕ್ಷ ಎರಡು ವಾರಗಳವರೆಗಾದರೂ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಮಲಗಿರಬೇಕು. ಅಸಹಜ ಪರೆ ಬಾದಾಮಿ ಗ್ರಂಥಿಗಳನ್ನು ಬಿಟ್ಟು ಮುಂದೆ ಹರಿದಾಗ ವಿಷಘ್ನಗಳನ್ನು ಬಹು ತಡವಾಗಿ ರೋಗಿಗೆ ಕೊಟ್ಟಾಗ ಈ ವಿಶ್ರಾಂತಿಯ ಕಾಲವನ್ನು ರೋಗದ ಉಗ್ರತೆಗನುಗುಣವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿಸಬೇಕು. ಪ್ರತಿದಿ ರೋಗಿಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸುತ್ತಿರಬೇಕು. ವಿಷಮತೆ ಹೆಚ್ಚಾದಾ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಸಕ್ಕರೆಯ ಅಂಶ ಕಡಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಆದುದರಿಂ ಒಂದು ಕಿಲೋ ಗ್ರಾಂ ದೇಹದ ತೂಕಕ್ಕೆ ಒಂದು ಗ್ರಾಂ ಸಕ್ಕ

ಯಂತೆ ಲೆಕ್ಕಾಚಾರ ಮಾಡಿ ಶೇಕಡ 10 ಭಾಗದ ಗ್ಲೂಕೋಸ್ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ರಕ್ತಕ್ಕೆ ನೇರವಾಗಿ ಚುಚ್ಚಬೇಕು.

ನೀರಾಹಾರ. ಹೆಚ್ಚಿಗೆ ಜೀವಸತ್ತ್ವವಿರುವ ಮೆದುವಾದ ಆಹಾರವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಉಪ್ಪಿನ ನೀರಿನಿಂದ ಬಾಯನ್ನು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಮುಕ್ಕಳಿಸಬೇಕು. ಕೋಡಿನ್ ಮತ್ತು ಆಸ್ಪಿರಿನ್ ಕೊಟ್ಟರೆ ತಲೆ ಮತ್ತು ಗಂಟಲು ನೋವುಗಳು ಕಡಮೆಯಾಗಬಹುದು. ಕುತ್ತಿಗೆಯಲ್ಲಿ ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಊದಿಕೊಂಡಿದ್ದರೆ ಮಂಜುಗಡ್ಡೆಯಿಂದ ಕತ್ತನ್ನು ಸುತ್ತುವರಿಸಬೇಕು.

ವಿಷಘ್ನಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಪೆನಿಸಿಲಿನ್ ಕೊಡಬೇಕು. ವಿಷಘ್ನಗಳನ್ನು ಕೊಡದೆ ಬರಿಯ ಪೆನಿಸಿಲಿನ್ ಕೊಟ್ಟರೆ ರೋಗಿಯು ಬಹುಬೇಗ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಾನೆ. ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಕಂಡು ಹಿಡಿದ ತಕ್ಷಣ 10 ರಿಂದ 20 ಸಾವಿರ ಮೂಲ ಮಾನಗಳಷ್ಟು ವಿಷಘ್ನಗಳನ್ನು ಮಾಂಸಖಂಡಗಳೊಳಕ್ಕೆ ಚುಚ್ಚಬೇಕು. ಕಾಯಿಲೆ ಉಗ್ರವಾಗಿದ್ದರೆ 30 ರಿಂದ 40 ಸಾವಿರ ಮೂಲ ಮಾನಗಳಷ್ಟು ವಿಷಘ್ನವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಅರ್ಧ ಭಾಗವನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ರಕ್ತನಾಳಗಳೊಳಕ್ಕೂ ಇನ್ನುಳಿದ ಅರ್ಧ ಭಾಗವನ್ನು ಮಾಂಸಖಂಡಗಳೊಳಕ್ಕೂ ಚುಚ್ಚಬೇಕು. ರೋಗದ ಉಗ್ರತೆಗನುಗುಣವಾಗಿ 10 ರಿಂದ 80 ಸಾವಿರ ಮೂಲಮಾನಗಳಷ್ಟು ವಿಷಘ್ನಗಳನ್ನು ಚುಚ್ಚಬೇಕು.

ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದ 24 ಗಂಟೆಗಳೊಳಗೆ ರೋಗ ತಹಬಂದಿಗೆ ಬಾರದೆ ಹೋದರೆ ಇನ್ನೂ ಹೆಚ್ಚು ಮೂಲಮಾನ ವಿಷಘ್ನಗಳನ್ನು ಚುಚ್ಚಬೇಕು. ನಾವು ರೋಗಿಗೆ ಕೊಟ್ಟ ವಿಷಘ್ನಗಳು ರೋಗಿಯ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಚಲಿಸುತ್ತಿರುವ ವಿಷಾಣುಗಳನ್ನು ನಿರ್ವೀರ್ಯಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ. ಉಳಿದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳ ಜೊತೆಗೆ

ಉಸಿರಾಡಲು ಕಂಠನಾಳದೊಳಗೆ ತೊಂದರೆಯುಂಟಾದಾಗ, ಕಂಠ ನಾಳದ ಹತ್ತಿರ ಶೇಖರಣೆಯಾದ ಜೊಲ್ಲನ್ನು ಹೀರಿ ತೆಗೆಯಬೇಕು. ಇಲ್ಲವೇ ಉಸಿರು ಕೊಳವೆಯ ಮೇಲೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸಿ ಉಸಿರಾಡಲು ಒಂದು ನಾಳವನ್ನು ಇಡಬೇಕು. ಅದರಲ್ಲೂ ರೋಗಿಯು ನೀಲಿಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ತಿರುಗಿದಾಗ ಕೂಡಲೇ ಈ ಶಾಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಲೇಬೇಕು. ಇಂತಹ ಸಂದಿಗ್ಧ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗೆ ನಿದ್ದೆಬರುವಂತಹ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಕೊಡಬಾರದು. ಉಸಿರಾಡಲು ಹಾಕಿದ ಕೊಳವೆಯನ್ನು ಎಂಟು ಹತ್ತು ದಿವಸ ಗಳಲ್ಲಿ ತೆಗೆದುಹಾಕಬಹುದು. ಅಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ ಪೆನಿಸಿಲಿನ್ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಕೊಡುತ್ತಿರಬೇಕು. ರೋಗಾಣುಗಳು ನಿರ್ಮೂಲ ವಾಗುವವರೆಗೂ ಪೆನಿಸಿಲಿನ್ ಕೊಡುತ್ತಿರಬೇಕು.

ಡಿಫ್ತೀರಿಯ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದಾದ ರೋಗವಾದುದರಿಂದ ರೋಗಬರದಂತೆ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಡಿಫ್ತೀರಿಯ ರೋಗ ನಿರೋಧದ ಇಂಜಕ್ಷನ್‌ಗಳನ್ನು ಕೊಡಿಸಬೇಕು. ಅವಿಷ ವಿಷಾಣುಗಳನ್ನು ದೇಹದೊಳಕ್ಕೆ ಚುಚ್ಚುವುದರಿಂದ ವಿಷಘ್ನಗಳು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಉತ್ಪತ್ತಿಯಾಗಿ ಕಾಯಿಲೆ ಬರದಂತೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಡಿಫ್ತೀರಿಯ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಇಂಜಕ್ಷನ್‌ಗಳನ್ನು ಡಿಫ್ತೀರಿಯದಿಂದ ನರಳುವ ರೋಗಿಗೆ ಕೊಡಬಾರದು. ಷಿಕ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿದ ಮೇಲೆ ರೋಗ ಗ್ರಾಹಿಗಳಿಗೆ ಮಾತ್ರ ಈ ಇಂಜಕ್ಷನ್‌ಗಳನ್ನು ಕೊಡ ಬೇಕು.

ಜನಸಮೂಹದಲ್ಲಿ ಪಾಠಶಾಲೆ, ಆಸ್ಪತ್ರೆ, ಭೋಜನ ಮಂದಿರ, ಅನಾಥಶ್ರಮಗಳಲ್ಲಿ, ಮತ್ತೆಲ್ಲಿಯಾದರಾಗಲಿ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಾಗ ಆ ಸಮೂಹದಲ್ಲಿರ ತಕ್ಕಂತಹವರೆಲ್ಲರಿಗೂ

ಷಿಕ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಿ ರೋಗಗ್ರಾಹಿಗಳನ್ನು ಆರಿಸಿಕೊಂಡು ಅವರಿಗೆ ರೋಗ ಪ್ರತಿರೋಧಕ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಚುಚ್ಚಬೇಕು.

ರೋಗಿಯನ್ನು ತಕ್ಷಣ ಉಳಿದವರಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸಿ ಏಕಾಂತ ದಲ್ಲಿಡಬೇಕು, ಇಲ್ಲವೇ ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸಾಗಿಸಬೇಕು. ಗಾಳಿ, ಬೆಳಕು ಚೆನ್ನಾಗಿರತಕ್ಕ ಕೋಣೆಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗಳನ್ನಿಡಬೇಕು. ಕಾಯಿಲೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿದ್ದರೆ ರೋಗಿಯು ಕೊನೆಯ ಪಕ್ಷ ಒಂದು ತಿಂಗಳಾದರೂ ಇತರರಿಂದ ಬೇರ್ಪಟ್ಟಿರಬೇಕು. ಕಾಯಿಲೆ ಉಗ್ರವಾಗಿದ್ದರೆ ಕೊನೆಯ ಪಕ್ಷ ಆರು ವಾರಗಳ ಕಾಲವಾದರೂ ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿಟ್ಟಿರಬೇಕು.

ನಾಯಿಕೆಮ್ಮು

ಈ ಕಾಯಿಲೆಯು ಹೀಮೋಫಿಲಿಸ್ ಪರ್ಟುಸಿಸ್ ಎಂಬ ರೋಗಾಣುವಿನಿಂದ ಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಪಕ್ವಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬರುವುದಕ್ಕೆ 7 ರಿಂದ 14 ದಿವಸಗಳು ಬೇಕಾಗುತ್ತವೆ. ಯಾವ ಔಷಧೋಪಚಾರಗಳನ್ನು ನಡೆಸದಿದ್ದರೂ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಕೊನೆಯ ಪಕ್ಷ ಆರುವಾರಗಳವರೆಗಾದರೂ ಇರುತ್ತದೆ. ಕಾಯಿಲೆ ಸೌಮ್ಯ ವಾಗಿಯಾದರೂ ಇರಬಹುದು, ಇಲ್ಲವೇ ಅತ್ಯುಗ್ರವಾಗಿಯಾದರೂ ಇರಬಹುದು. ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಬಂದಾಗ ಮಗು ಏಕಪ್ರಕಾರವಾಗಿ ಉಸಿರುಕಟ್ಟುವಂತೆ ಕೆಮ್ಮಿ ಕೆಮ್ಮಿ ಕೊನೆಗೆ ದೀರ್ಘವಾದ ಉಸಿರನ್ನು ಎಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಹಾಗೆ ಉಸಿರೆಳೆದಾಗ ಶಬ್ದ ವಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಕೆಮ್ಮಿದಾಗ ವಾಂತಿಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಬಲವಾದ ಕೆಮ್ಮು, ಉಸಿರನ್ನು ಜೋರಾಗಿ ಎಳೆದುಕೊಳ್ಳು ವುದು. ವಾಂತಿ, ಇವುಗಳು ಕೆಲವು ರೋಗಿಷ್ಟ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿ ಕೊಳ್ಳದೆಯು ಇರಬಹುದು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಾಯಿಲೆ ಮೊದಲು ಸ್ವಲ್ಪ ಸ್ವಲ್ಪ ಕೆಮ್ಮಿನಿಂದ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಕೆಮ್ಮು ರಾತ್ರಿಯ ವೇಳೆ ಬರುತ್ತದೆ. ನಂತರ ಹತ್ತು ದಿವಸಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಮ್ಮು ತೀವ್ರವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಎದೆ ಹಿಸುಕಿದಂತಾಗುತ್ತದೆ. ಕೊನೆಗೆ ರಾತ್ರಿ, ಹಗಲೆನ್ನದೆ ಎಲ್ಲಾ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿಯೂ ಕೆಮ್ಮು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ನೆಗಡಿ, ಶೀತ, ಕೆಮ್ಮು, ಸೀನು, ಹಸಿವಾಗದಿರುವಿಕೆ, ಇವುಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯ ವಾಗಿ ಈ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಧ್ವನಿ ಒಡೆಯುವುದುಂಟು, ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಉಸಿರಾಡಲು ತಡೆಯಾಗುವ ಕಂಠನಾಳದ ಉರಿಯೂತದಂತೆ ತೋರುತ್ತದೆ.

ಎರಡನೆಯ ವಾರದ ಕೊನೆಗೆ ಕೆಮ್ಮು ಉಲ್ಬಣಿಸುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯು ಒಂದೇ ಸಮನೆ ಉಸಿರು ಕಟ್ಟುವಂತೆ ಎಡೆಬಿಡದೆ ಕೆಮ್ಮುತ್ತಾನೆ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಉಸಿರುಕಟ್ಟಿ ಮುಖ ಕೆಂಪಾಗುತ್ತದೆ. ನೀಲಿ ಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ತಿರುಗುವುದೂ ಉಂಟು. ಮುಖ ಕ್ಷಣಕಾಲ ಊದಿಕೊಂಡಿರುವಂತೆ ಕಾಣುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಉದ್ವೇಗ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ವ್ಯಾಕುಲ ಚಿತ್ತನಾಗುತ್ತಾನೆ. ರೋಗಿಯು ಕೆಮ್ಮಿ ಕೆಮ್ಮಿ ಬಲವಾಗಿ, ದೀರ್ಘವಾಗಿ, ಶಬ್ದ ಪೂರಿತ ಉಸಿರನ್ನ ಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾನೆ. ಕೆಲವು ಸಲ ಕೆಮ್ಮಿ ಕೆಮ್ಮಿ ವಾಂತಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಮನೋಗೊಂದಲವುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಿ ಸಾಯಲೂ ಬಹುದು. ಈ ವೇಳೆಗೆ ರೋಗಿಯು ಸುಸ್ತಾಗುತ್ತಾನೆ. ಮಕ್ಕಳು ತುಂಬಾ ನೀಲಿ ಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ತಿರುಗಬಹುದು. ಈ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ಉಸಿರು ಕಟ್ಟುವುದು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಹಸುಗೂಸುಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಬರುತ್ತದೆ. ಮಗುವಿನ ಚಟುವಟಿಕೆ ಹೆಚ್ಚಾದಾಗ, ಆವೇಶಬಂದಾಗ ಹವೆಯು ಶೀಘ್ರ ಬದಲಾವಣೆಯಾದಾಗ, ಉಸಿರಾಡುವಾಗ, ಹಬೆ ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳಿಗೆ ಹೋದಾಗ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಉದ್ರೇಕಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಈ ಅಂಶಗಳು ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಪ್ರಚೋದಿಸುತ್ತವೆ. ಮೂಗಿನಿಂದ ರಕ್ತ ಸುರಿಯುವುದನ್ನು ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಕಣ್ಣಿನಲ್ಲೂ ರಕ್ತ ಸೋರುತ್ತದೆ, ಕಣ್ಣಿನ ಕೆಳ ರೆಪ್ಪೆಗಳು ದಪ್ಪವಾಗುತ್ತವೆ.

ನಾಲ್ಕನೆಯ ವಾರದ ವೇಳೆಗೆ ಕೆಮ್ಮು ಸ್ವಲ್ಪ ಕಡಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ವಾಂತಿ ಆಗಾಗ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಹಸಿವು ಹಿಂತಿರುಗುತ್ತದೆ. ಈ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ಏನಾದರೂ ಶೀತವಾದರೆ ಕಾಯಿಲೆ ಮುಂಚಿನಂತೆಯೇ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತದೆ. ಯಾವುದಾದರೂ ಮಗು ಈ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ನರಳುತ್ತಿದ್ದು ಕೆಮ್ಮುತ್ತಿದ್ದರೆ,

ಕೆಮ್ಮಿನ ಗತಿಯನ್ನು ದೂರದಿಂದಲೇ ಅವಲೋಕಿಸಿ ಕಾಯಿಲೆ
ಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಕಾಯಿಲೆ ಅಸಾಂಕೇತಿಕವಾಗಿದ್ದರೆ
ಅದನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಅದರ
ಆದಿಭಾಗದಲ್ಲಿಯೂ ಗುರುತಿಸುವುದಕ್ಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಕಾಯಿಲೆ
ಯನ್ನು ಸ್ಥಿರಪಡಿಸಿದ ಕೂಡಲೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಇತರ ಮಕ್ಕಳಿಂದ
ದೂರವಿಡಬೇಕು. ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ಗಂಟಲಿನಲ್ಲಿ ನೆಲೆಸಿರು
ತ್ತವೆ.

ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳು

ಕಿವಿ ಸೋರುವುದು, ಉಸಿರುನಾಳದ ಉರಿಯೂತ, ಗೂರಲು,
ನಿಮೋನಿಯಗಳುಂಟಾಗಬಹುದು. ಉಸಿರಾಡಲು ಶ್ವಾಸಕೋಶ
ಗಳಲ್ಲಿ ತಡೆಯುಂಟಾದಾಗ, ಆ ತಡೆಯ ಭಾಗದ ಮುಂದಿರುವ
ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಭಾಗ ಕುಸಿಯುತ್ತದೆ. ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕೆಲಭಾಗ
ದೊಡ್ಡದಾಗುತ್ತದೆ. ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಹೊರಾವರಣದೊಳಗೆ
ಗಾಳಿಯಾಗಲೀ ಇಲ್ಲವೇ ಕೀವಾಗಲೀ ಸೇರಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.
ಶ್ವಾಸನಳಿಕೆಗಳು ದೊಡ್ಡದಾಗಬಹುದು, ಅವಿತಿದ್ದ ಕ್ಷಯರೋಗ
ಪುಟಿದೇಳಬಹುದು. ಕೊನೆಗೆ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಹಾಳಾಗಿ ತಂತುವಿನ
ಮೈ ತಳೆದ ವಸ್ತುವಿನಿಂದ ತುಂಬಬಹುದು, ಹೃದಯಕ್ಕೆ ನಿಶ್ಯಕ್ತಿ
ಯುಂಟಾಗಬಹುದು, ಬಲ ಹೃತ್ಕುಕ್ಷಿ ದೊಡ್ಡದಾಗಬಹುದು.
ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಆಹಾರ ಮೈಸೇರದೆ ವಾಂತಿಯಾಗುವುದರಿಂದ
ಮಗು ಸಣ್ಣದಾಗುತ್ತದೆ.

ಗುದನಾಳದ ಕುಸಿತ, ಅಂಡವಾಯು, ನಾಲಗೆಯ ಕೆಳಬದಿ
ಯಲ್ಲಿ ಗಾಯಗಳು, ಬಾಯಿಹುಣ್ಣು, ಸೆಳೆತ, ಮೂರ್ಛೆರೋಗ,
ಬುದ್ಧಿಮಾಂದ್ಯ, ಲಕ್ವ, ದೃಷ್ಟಿದೋಷ, ಮಾತು ಹೋಗುವಿಕೆ,
ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು, ಮೂಗಿನಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವ, ರಕ್ತ ವಾಂತಿ, ಕಣ್ಣ

ನಲ್ಲಿ ರಕ್ತಸ್ರಾವ, ಮುಂತಾದುವುಗಳನ್ನು ಈ ಕಾಯಿಲೆಯಲ್ಲಿ ನಾವು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಕೊನೆಗೆ ಮಿದುಳೂ ಸಹ ಅಪಾಯದ ದವಡೆಯಲ್ಲಿ ಸಿಕ್ಕು ನರಳಬಹುದು. ತಲೆ ಬರುಡೆಯೊಳಗೆ, ಮಿದುಳಿನಲ್ಲಿ, ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾದರೆ, ತುಂಬಾ ಕಷ್ಟಕರವಾದ ಪರಿಸ್ಥಿತಿಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಇತ್ತೀಚಿನ ಔಷಧ ಗಳಿಂದ ಸಾವಿನ ಸಂಖ್ಯೆ ಇಳಿಮುಖವಾಗಿದೆ.

ಕಾಯಿಲೆ ತಡೆಗಟ್ಟುವ ವಿಧಾನ

ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ನರಳುವ ರೋಗಿಯನ್ನು ಬೇರೆಯವರಿಂದ ಬೇರ್ಪಡಿಸಿಟ್ಟಿರಬೇಕು. ಟೆಟ್ರಸೈಕ್ಲೀನ್‌ಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸ ಬಹುದು. ರೋಗಿಯನ್ನು ಕೊನೆಯ ಪಕ್ಷ ಎರಡು ವಾರಗಳ ವರೆಗಾದರೂ ಇತರೆ ಮಕ್ಕಳೊಡನೆ ಸೇರದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳ ಬೇಕು. ಡಿ.ಪಿ.ಟಿ. ಇಂಜಕ್ಷನ್‌ಗಳನ್ನು ಮಗು ಹುಟ್ಟಿದ ಮೂರು ನಾಲ್ಕು ಮತ್ತು ಐದನೇ ತಿಂಗಳುಗಳಲ್ಲಿ ತಿಂಗಳಿಗೊಂದರಂತೆ ಕೊಡಿಸಬೇಕು.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಮಗು ವಾಂತಿ ಮಾಡುತ್ತಿದ್ದರೆ ಆಹಾರವನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಸ್ವಲ್ಪ ವಾಗಿ ಕಡಮೆ ಅಂತರದಲ್ಲಿ ಕೊಡಬೇಕು. ತಕ್ಷಣ ಬದಲಾಗುವ ವಾತಾವರಣದ ಉಷ್ಣದಿಂದ ಜಾಗರೂಕರಾಗಿರಬೇಕು. ಮಗು ವನ್ನು ಹೊಟ್ಟೆಯ ಮೇಲೆ ಮಲಗಿಸಿ ಗಂಟಲೊಳಗಿನ ಜೊಲ್ಲನ್ನು ನಾಳಗಳ ಮೂಲಕ ಹೊರತೆಗೆಯಬೇಕು. ಮಗು ನೀಲಿಯಾಗಿ ದ್ದರೆ, ಆಮ್ಲಜನಕವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ತಲೆಯನ್ನು ಕೆಳಗಿನ ಮಟ್ಟದಲ್ಲಿಡಬೇಕು, ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಮಗು ನಿದ್ದೆ ಮಾಡದಾಗ ನಿದ್ದೆಗೆ ಫೀನೋಬಾರ್ಬಿಟೋನ್ ಕೊಡಬಹುದು. ಸೆಟಿ

ಬಂದಾಗ ಫೀನೋಬಾರ್ಬಿಟೋನ್ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಕೊಡಬೇಕು. ವಿಷಘ್ನಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರತಕ್ಕ ರಕ್ತರಸವನ್ನು 30 ರಿಂದ 40 ಘ.ಸೆಂ.ಗಳಷ್ಟನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಸಾಧ್ಯವಿದ್ದಲ್ಲಿ 5 ರಿಂದ 10 ಘ.ಸೆಂ. ಗ್ಯಾಮಗ್ಲಾಬುಲಿನ್ ಕೊಡಬೇಕು. ಕ್ಲೋರ್ಯಾಂಫಿನಿಕಾಲ್ ಟೆಟ್ರಸೈಕ್ಲೀನ್‌ಗಳನ್ನು ಕೊಡಬಹುದು. ಆದರೆ ಮೂಳೆಯ ಮೇಲೆ ಕೆಟ್ಟಪರಿಣಾಮನ್ನುಂಟು ಮಾಡುವ ಕ್ಲೋರ್ಯಾಂಫಿನಿಕಾಲನ್ನು ದಿನನಿತ್ಯದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕೊಡುವಾಗ ಸ್ವಲ್ಪ ಎಚ್ಚರ ವಹಿಸಿದರೆ ಒಳ್ಳೆಯದು.

ಸೆಟೆ ರೋಗ

ಸೆಟೆ ರೋಗವು ಕ್ಲಾಸ್ಟ್ರಿಡಿಯಂ ಟೆಟಾನಿ ಎಂಬ ರೋಗಾಣುವಿನಿಂದ ಬರುತ್ತದೆ. ಇದು ಅತ್ಯಂತ ಮುಖ್ಯವಾದ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಮಣ್ಣಿನಲ್ಲಿ, ಕೃಷಿ ಭೂಮಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಜನಗಳಿಗೆ ಅದರಲ್ಲೂ ಗಾಯವಾದಾಗ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಪಡೆಯದ ಜನರಿಗೆ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಬರುತ್ತದೆ. ಎಚ್ಚರ ವಹಿಸಿ ಹೆರಿಗೆ ಮಾಡಿಸದಾಗ, ಹಸುಗೂಸಿನ ಹೊಕ್ಕುಳದ ಹುರಿ ಕೀತುಕೊಂಡಾಗ, ಅವುಗಳಿಗೆ ಈ ಸೋಂಕು ತಗುಲಿದರೆ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಬರುತ್ತದೆ. ನಮ್ಮ ದೇಹಕ್ಕೆ ಗಾಯವಾದಾಗ, ಆ ಗಾಯಕ್ಕೆ ಧೂಳಾಗಲಿ, ಮಣ್ಣಾಗಲಿ, ಇಲ್ಲವೇ ದನದ ಗೊಬ್ಬರ ಸೋಂಕಿದಾಗ ರೋಗಾಣುಗಳು ಸೇರಬಹುದು. ಆಳವಾದ ಗಾಯವಾದಾಗ ಅತಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಮೈದೋರುತ್ತದೆ. ಜಜ್ಜಿಹೋದ ಗಾಯವಾದಾಗ, ಬೆಂಕಿಯಿಂದ ಅಂಗಾಂಗಗಳು ಸುಟ್ಟು ಹೋದಾಗ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಬರುತ್ತದೆ. ಬಾದಾಮಿ ಗ್ರಂಥಿಯ ಮೇಲೆ, ಕಿವಿಯಲ್ಲಿ, ಕಣ್ಣುಗುಡ್ಡೆಗಳಲ್ಲಿ ಕೀವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡಾಗ ಈ ಸೋಂಕು ತಗುಲುವುದುಂಟು. ಗಾಯವಾದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿಯೇ ಟೆಟಾನಸ್ ರೋಗಾಣುಗಳಿದ್ದು ಅವುಗಳಿಂದ ಹೊರ ಹೊರಟ ವಿಷಾಣುಗಳು ನರಗಳ ಮೂಲಕ ಇಲ್ಲವೇ ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಮೂಲಕ ಹರಿದು, ಮಿದುಳು ಬಳ್ಳಿಯಿಂದ ಹೊರಡುವ ನರಗಳ ಮುಂಜೇರುಗಳಲ್ಲಿ ನೆಲೆಸಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಈ ರೋಗವು ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಉಗ್ರವಾಗಿದ್ದರೆ, ಇನ್ನೂ ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಸೌಮ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಮಾನವನಿಗೆ ಈ ರೋಗವು ಎಲ್ಲಾ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿಯೂ ಬರ ತ್ತದೆ. ವಿಷಘ್ನಗಳನ್ನು ದೇಹಕ್ಕೆ ಚುಚ್ಚುವುದರಿಂದ ಇವುಗಳ ರಕ್ತಕ್ಕೆ ಸೇರಿ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಚಲಿಸುತ್ತಿರುವ ವಿಷಾಣುಗಳೊಡ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ನಡೆಸಿ ವಿಷಾಣುಗಳನ್ನು ದುರ್ಬಲಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ ಆದರೆ, ವಿಷಘ್ನಗಳು ರೋಗಾಣುಗಳ ಮೇಲಾಗಲೀ ಇಲ್ಲವೆ ಮಿದುಳು ಬಳ್ಳಿಯಿಂದ ಹೊರಡುವ ನರಗಳ ಮುಂಬೇರಿಗೆ ಅಂ ಕೊಂಡಿರುವ ವಿಷಾಣುಗಳ ಮೇಲಾಗಲೀ ಕೆಲಸ ಮಾಡು ಸಾಮರ್ಥ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಈ ರೋಗದ ಪರಿಪಕ್ವಕಾಲ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ 5 ರಿಂದ 1 ದಿವಸಗಳಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಅನೇಕ ವಾರಗಳಾದರ ಆಗಬಹುದು. ಈ ರೋಗವು ಬಂದರೆ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳು ಬಿ ಯಾಗಿ ಸೆಟೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಬಾಯಿಯನ್ನು ತೆರೆಯುವು ಕ್ಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಹಲ್ಲುಗಳು ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿ ಕಚ್ಚಿಕೊಂಡಿರುತ್ತ ಬಾಯಿಯನ್ನು ತೆರೆಯಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದೆ ಹೋಗುವುದರಿಂ ಆಹಾರ ಸೇವನೆಗೆ ತುಂಬಾ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ರೋ ಮುಂಗೋಪಿಯಾಗುತ್ತಾನೆ, ಶಾಂತಿಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ ತ್ತಾನೆ. ತಲೆಸಿಡಿತ, ಛಳಿ, ಕೈಕಾಲುಗಳಲ್ಲಿ ನೋವು ಮುಂಚ ವಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ನಂತರ ಸೆಳವು ಬರುತ್ತ ಹೊಟ್ಟೆಯ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳು ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿ ಬಿಗಿದುಕೊಂಡಿ ತ್ತವೆ. ದೇಹ ಗಡುಸಾಗುತ್ತದೆ. ದೇಹದಲ್ಲಿನ ಪ್ರತಿಯೊಂ ಮಾಂಸಖಂಡವೂ ಸಹ ಸೆಟೆದು ನಿಲ್ಲುತ್ತದೆ. ದೇಹ ಬಿಲ್ಲಿನ ಹಿಂದಕ್ಕೆ ಬಾಗುತ್ತದೆ. ಕಾಲು ಮತ್ತು ಪಾದಗಳು ಚ ಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಕೈಗಳು ಬಿಗಿಯಾಗಿ, ಮುಷ್ಟಿಯನ್ನು ಬಿಗಿಯ ಹಿಡಿದುಕೊಳ್ಳುತ್ತಾನೆ. ಹುಬ್ಬುಗಳು ಮೇಲೇರಿ ಬಾಯಿ

ಹಿಂಜಿಹೋಗುತ್ತದೆ. ಮೊದಮೊದಲು ಸೆಳೆತ ಆಗಾಗ್ಗೆ ಬರುತ್ತದೆ. ಆನಂತರ ರೋಗಿಯು ಸೆಳೆತದಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆ ಹೊಂದದೆ ಹಾಗೆಯೇ ಸೆಟೆದುಕೊಂಡಿರುತ್ತಾನೆ. ಮಾಂಸಖಂಡಗಳೆಲ್ಲಾ ಬಲವಾಗಿ ಸಂಕುಚಿಸುತ್ತವೆ. ಮಾಂಸಖಂಡಗಳ ಮಧ್ಯೆ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುತ್ತದೆ. ಉಸಿರು ಕಟ್ಟಿಕೊಂಡು ದೇಹ ನೀಲಿ ಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ತಿರುಗುತ್ತದೆ. ದೇಹ ತುಂಬಾ ಬೆವರುತ್ತದೆ. ಅತ್ಯಂತ ಚಿಕ್ಕ ಚೇತನಾಪ್ರದ ಕೃತ್ಯವೂ ಸಹ ದೇಹವನ್ನು ಇನ್ನೂ ಸೆಟೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಗೆ ತಡೆಯುಂಟಾಗಬಹುದು. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳ ಬಿಗಿತದಿಂದ ಬೆನ್ನು ಮೂಳೆ ಒಂದಕೊಂಡು ಒತ್ತಿಕೊಂಡು ಮುರಿಯಬಹುದು. ಸ್ವಲ್ಪ ಜ್ವರ ಯಾವಾಗಲೂ ಇರುತ್ತದೆ, ಆದರೆ ರೋಗಿ ಕೊನೆಯುಸಿರೆಳೆಯುವ ವೇಳೆಗೆ ಜ್ವರ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಉಸಿರಾಡುವಿಕೆಯ ವೇಗ ಮತ್ತು ಹೃದಯ ಸ್ಪಂದನ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತವೆ. ಕೊನೆಗೆ ರೋಗಿಯು ಇಹ ಲೋಕವನ್ನು ತ್ಯಜಿಸುತ್ತಾನೆ. ರೋಗಿಯ ಜ್ಞಾನ ಮಾತ್ರ ಮೊದಲಿಸಿಂದ ಕೊನೆಯವರೆಗೂ ತಿಳಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಈ ರೋಗದಿಂದ ನರಳುವವರಲ್ಲಿ ಶೇಕಡ 20 ರಿಂದ 50 ರವರೆಗೆ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಾರೆ. ವಯಸ್ಸಾದವರಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಹುಟ್ಟಿದ ಒಂದು ತಿಂಗಳೊಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಈ ರೋಗ ಬಂದರೆ ಬದುಕುವುದು ಕಷ್ಟ. ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಬರದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟಬೇಕಾದರೆ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಗಾಯಗಳಾಗದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಆಕಸ್ಮಾತ್ ಗಾಯವಾದರೆ ಕೂಡಲೆ ಅದಕ್ಕೆ ತಕ್ಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಗಾಯವಾದ ಕೆಲವೇ ಗಂಟೆಗಳಲ್ಲಿ ವಿಷಘ್ನಗಳನ್ನು ಚುಚ್ಚುವುದರಿಂದ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು.

1500 ರಿಂದ 5000 ಮೂಲಮಾನಗಳಷ್ಟು ವಿಷಘ್ನಗಳನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಗಾಯವಾದಾಗ ಐದು ದಿವಸಗಳವರೆಗೆ ಪೆನಿಸಿಲಿನ್ ಕೊಡಬೇಕು.

ಟಿಟಾನಸ್ ಅವಿಷ ವಿಷಾಣುಗಳನ್ನು ಚುಚ್ಚುವುದರಿಂದ ಚುರುಕಾಗಿ ದೇಹದಲ್ಲಿ ವಿಷಘ್ನಗಳು ಉತ್ಪತ್ತಿಯಾಗುತ್ತವೆ. ಮೊಟ್ಟಮೊದಲನೆಯ ಬಾರಿ ಅವಿಷ ವಿಷಾಣುಗಳನ್ನು ತಿಂಗಳಿ ಗೊಂದರಂತೆ ಮೂರುತಿಂಗಳುಗಳ ಕಾಲ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳ ಬೇಕು. ಕಾಯಿಲೆಯು ಬಂದಾಗ ರೋಗಿಯನ್ನು ಕತ್ತಲೆ ಮನೆ ಯಲ್ಲಿ ಏಕಾಂತವಾಗಿ ಬಿಡಬೇಕು. ಆದಷ್ಟು ಮಟ್ಟಿಗೆ ರೋಗಿಯ ಬಳಿ ಜನಗಳು ಹೋಗಿ ಗಲಾಟೆಮಾಡದಂತೆ, ಇಲ್ಲವೇ ಮಾತ ನಾಡಿಸದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಗಾಯಕ್ಕೆ ತಕ್ಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಹತ್ತು ದಿವಸಗಳವರೆಗೆ ಕ್ರಿಸ್ಟಲೈನ್ ಪೆನಿಸಿಲಿನ್ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಮತ್ತು ರಾತ್ರಿ ಕೊಡಬೇಕು. ಪೆರಾಲ್ಡಿಹೈಡ್ ದ್ರಾವಕವನ್ನು ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಮೂಲಕವಾಗಲೀ ಇಲ್ಲವೇ ಗುದ ನಾಳದ ಮೂಲಕವಾಗಲೀ ಕೊಡಬೇಕು. ಇವುಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಮೆಫೆನೆಸಿನ್ ಇಂಜಕ್ಷನ್‌ಕೊಡಬೇಕು. ಹಾಲನ್ನು ಕೊಡುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಸಾಧ್ಯವಾದರೆ ಗಂಜಿಯನ್ನೂ ಕುಡಿಸಬೇಕು.

ಇವೆಲ್ಲದರ ಜೊತೆಗೆ ಅತಿ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ವಿಷಘ್ನಗಳನ್ನು ರೋಗಿಗೆ ಚುಚ್ಚಬೇಕು. 50 ಸಾವಿರ ಮೂಲಮಾನಗಳಷ್ಟನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ರಕ್ತಕ್ಕೂ, 50 ಸಾವಿರ ಮೂಲಮಾನಗಳಷ್ಟನ್ನು ಮಾಂಸಖಂಡಗಳೊಳಕ್ಕೂ 5 ರಿಂದ 10 ಸಾವಿರ ಮೂಲಮಾನ ಗಳಷ್ಟನ್ನು ಗಾಯದ ಸತ್ತಲೂ ಚುಚ್ಚಬೇಕು. ಗುದನಾಳದಲ್ಲಿ ಉಷ್ಣದ ಮಟ್ಟವನ್ನು ಗುರುತಿಸಿ ತಕ್ಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಬೇಕು.

ಪೋಲಿಯೋ ಮೈಲೈಟಿಸ್

ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಮೂರು ವಿಧವಾದ ವೈರಸ್‌ಗಳಿಂದ ಬರುತ್ತವೆ. ಮೊದಲನೆಯದು ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕವಾಗಿ ಹರಡಿ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆಯುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಎರಡನೆಯದು ಅತಿವಿರಳವಾಗಿ ಬರುತ್ತದೆ ಮೂರನೆಯದು ಅಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲಿ ಗುಂಪಾಗಿ ಹರಡಿ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನುಂಟುಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಒಂದೇ ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಮೂರು ವಿಧವಾದ ವೈರಸ್‌ಗಳೂ ಸೇರಿಕೊಂಡಿರಬಹುದು. ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮೊದಲನೆಯ ಗುಂಪಿನದು ಅತಿ ಮುಖ್ಯವಾದುದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ವೈರಸ್ ಅತಿ ಚಿಕ್ಕದು. ಯಾವ ರಾಸಾಯನಿಕ ವಸ್ತುಗಳಿಂದಾಗಲಿ, ಸಲ್ಫಾನಮೈಡ್ ಮತ್ತು ಪೆನಿಸಿಲಿನ್‌ಗಳಿಂದಾಗಲೀ ಈ ಬಗೆಯ ವೈರಸ್‌ಗಳ ಜೀವಕ್ಕೆ ಯಾವ ಅಪಾಯವೂ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಸುಡುವುದರಿಂದ, ಹೈಡ್ರೋಜನ್ ಪರಾಕ್ಸೈಡ್ ಮತ್ತು ಪೊಟಾಸಿಯಂ ಪರ್ಮಾಂಗನೇಟ್‌ನಂತಹ ಉತ್ಕರ್ಷಕ ವಸ್ತುಗಳಿಂದ, ಕ್ಲೋರೀನ್ ನಿಂದ ಇವುಗಳು ಸಾಯುತ್ತವೆ. ಮಾನವರಲ್ಲಿಯೇ ಈ ವೈರಸ್‌ಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸೇರಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಕೊಚ್ಚೆನೀರು ಮತ್ತು ನೊಣಗಳಲ್ಲಿ ಕೂಡ ಇವುಗಳು ದೊರೆಯುತ್ತವೆ. ಉಷ್ಣವಲಯದಲ್ಲಿ ಬೇಸಿಗೆ ಮತ್ತು ಚಳಿಗಾಲದ ಪೂರ್ವಾರ್ಧದಲ್ಲಿ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕವಾಗಿ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಮಾನವ ಸಂಪರ್ಕದಿಂದ, ಆಹಾರ ಮಲಮೂತ್ರಗಳಿಂದ ಮಲಿನವಾದಾಗ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಹರಡುತ್ತದೆ. ನೊಣ, ಕೊಚ್ಚೆನೀರು ಕುಡಿಯುವ ನೀರು, ಆಹಾರ ಮತ್ತು ಹಾಲುಗಳು ಈ ವೈರಸ್‌ಗಳ ಮುಖ್ಯವಾದ ವಾಹಕಗಳಾಗಿವೆ.

ರೋಗಿಯೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ಕಡಿಮೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಕಾಯಿಲೆಯು ಹರಡುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು. ಜ್ವರ ಬಂದ ಮೊದಲನೆಯ ದಿವಸದಿಂದ ಇಲ್ಲವೇ ಕಾಯಿಲೆಯು ಪ್ರಾರಂಭ ವಾದ ದಿವಸದಿಂದ ಒಂದು ವಾರದವರೆಗೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇ ಕಿಸಿಡಬೇಕು. ಯಾರಲ್ಲಿ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಇರುವು ದಿಲ್ಲವೋ ಅಂತಹವರು ಎರಡು ವಾರಗಳ ಕಾಲ ರೋಗಿಯೊಡನೆ ಕಲೆಯಕೂಡದು. ಕಾಯಿಲೆಯು ಪರಿಪಕ್ವತೆಯನ್ನು ಹೊಂದುವ ಕೊನೆಯ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಕಾಯಿಲೆಯು ಕಂಡ ಮೊದಲನೆಯ ವಾರದಲ್ಲಿ ರೋಗ ಬಹಳವಾಗಿ ಹರಡುತ್ತದೆ. ರೋಗದ ಪರಿ ಪಕ್ವ ಕಾಲ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ 7 ರಿಂದ 10 ದಿವಸಗಳಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಕೆಲವು ವೇಳೆ 3 ರಿಂದ 35 ದಿವಸಗಳಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಕಾಯಿಲೆಯು ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕವಾಗಿ ಹರಡುತ್ತಿದ್ದಾಗ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಯಾವ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನೂ ಮಾಡಬಾರದು. ಅದರಲ್ಲೂ ಗಂಟಲು, ಮೂಗು, ಮತ್ತು ಹಲ್ಲುಗಳ ಮೇಲೆ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸಲೇಕೂಡದು. ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಬಾದಾಮಿ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಮೇಲೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸಿದರೆ ಬಹಳ ಸುಲಭವಾಗಿ ಪೋಲಿಯೋ ಮೈಲೈಟಿಸ್ ಮಿದುಳಿಗೆ ಹರಡಿ ಪ್ರಾಣಕ್ಕೆ ಧಕ್ಕೆ ಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮಾಡಲೇಬೇಕಾದ ಸಂದರ್ಭದಲ್ಲಿ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗೆ ಮುನ್ನ ಗ್ಯಾಮಗ್ಲಾಬುಲಿನ್ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಕೊಡಬೇಕು. ಯಾವುದಾದರೂ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಕೊಟ್ಟರೆ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಕೊಟ್ಟ ಭಾಗಕ್ಕೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆಯುವ ಅವಕಾಶಗಳು ತುಂಬಾ ಇರುತ್ತವೆ. ಈಜುವ ಕೊಳಗಳಿಂದ ಈ ರೋಗ ಹರಡ ಬಹುದು. ಇಂತಹ ಕೊಳಗಳಲ್ಲಿನ ನೀರು ರೋಗಿಯ ಮಲದಿಂದ

ಮಲಿನವಾಗಿದ್ದು ಸುಲಭವಾಗಿ ಆರೋಗ್ಯವಂತನ ಬಾಯಿಗೆ ಹೋಗುತ್ತದೆ.

ಗ್ಯಾಮಾಗ್ಲಾಬುಲಿನ್ ಕೊಡುವುದರಿಂದ ಕೆಲವು ವಾರಗಳವರೆಗೆ ರೋಗವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು. ಕೃತಕವಾಗಿ ಅಭಾದಿತತೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡಲು ಜೀವ ರಹಿತ ವೈರಸ್‌ಗಳನ್ನು ದೇಹದೊಳಕ್ಕೆ ಚುಚ್ಚುವುದರಿಂದ ತೀಕ್ಷ್ಣತೆಯನ್ನು ಮತ್ತು ವಿಷಮತೆಯನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಂಡ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಬಾಯಿಯ ಮೂಲಕ ಕೊಡುವುದರಿಂದ ವಿಷಘ್ನಗಳು ದೇಹದಲ್ಲಿ ಉತ್ಪತ್ತಿಯಾಗುತ್ತವೆ.

ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ಗಂಟಲು ಮತ್ತು ಮೂಗಿನ ಮೂಲಕ ದೇಹವನ್ನು ಸೇರುತ್ತವೆ. ಕರುಳು ಮತ್ತು ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ಬೆಳೆದು ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತವೆ. ಅಕಸ್ಮಾತ್ ಎಲ್ಲಾದರೂ ನರಗಳನ್ನು ಸೇರಿದರೆ ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ಕೂಡಲೆ ಮಿದುಳು ಬಳ್ಳಿಯನ್ನು ಸೇರಿ ಅತಿ ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ಮಿದುಳನ್ನು ತಲುಪಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಪಾಯವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ.

ಈ ಕಾಯಿಲೆಯು ರೋಗಿಯ ದೇಹ ಪ್ರಕೃತಿಯನ್ನು ನೋಡಿಕೊಂಡು ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಎಂತಹ ಮಕ್ಕಳಿಗಾದರೂ ಇದು ಬರುತ್ತದೆ. ಈ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಅನೇಕ ವಿಧಗಳುಂಟು.

1. ಸೌಮ್ಯ ಪೋಲಿಯೋ

ಇದು ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಬಂದರೆ ಯಾವ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳೂ ಕಾಣಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಅಂತಹವರಲ್ಲಿ ರೋಗ ಗೂಢವಾಗಿರುತ್ತವೆ.

2. ನಿರರ್ಥಕ ಪೋಲಿಯೋ

3. ಲಕ್ವಾತೀತ ಪೋಲಿಯೋ
4. ಲಕ್ವ ಪೋಲಿಯೋ

ಪೋಲಿಯೋ ಮೈಲೈಟಿಸ್ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕವಾಗಿ ಹರಡಿದಾಗ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುತ್ತದೆ.

ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳು

ಸೌಮ್ಯ ಕಾಯಿಲೆಯಲ್ಲಿ ಜ್ವರ ಒಂದೆರಡು ದಿವಸಗಳ ಕಾಲ ಬರುತ್ತದೆ. ದೇಹಾಲಸ್ಯ, ಹಸಿವಡಗುವಿಕೆ, ಹೊಟ್ಟೆ ತೊಳಸುವಿಕೆ, ವಾಂತಿ, ತಲೆನೋವು, ಗಂಟಲು ನೋವು, ಮಲಬದ್ಧತೆ ಮತ್ತು ಹೊಟ್ಟೆ ನೋವುಗಳು ಬರುತ್ತದೆ.

ನಿರರ್ಥಕ ಪೋಲಿಯೋ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಶೀತ ನೆಗಡಿ, ಕೆಮ್ಮು, ಗಂಟಲಿನಲ್ಲಿ ಕೀವಾಗುವಿಕೆ, ಭೇದಿ, ಅನಿಶ್ಚಿತ ಹೊಟ್ಟೆನೋವು, ಮತ್ತು ಮಲಬದ್ಧತೆಗಳಿರುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಕೃಷಿಗೈಯ್ಯಾದೆ ಇದೇ ಕಾಯಿಲೆಯೆಂದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ಹೇಳಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಅಪರೂಪವಾಗಿ ಜ್ವರ 39.5°C ಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕವಾಗಿ ಹರಡಿದಾಗ ಯಾರಿಗಾದರೂ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯ ಸಂಶಯ ಬಂದರೆ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿಯೋ ಮಲಗಿರಬೇಕು. ಎರಡು ತಿಂಗಳುಗಳಾದ ನಂತರ ಪುನಃ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಬೇಕು. ಯಾವುದಾದರೂ ಮಾಂಸಖಂಡಕ್ಕಾಗಲಿ, ಇಲ್ಲವೇ ಬಾಹುವಿಗಾಗಲಿ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆದಿದೆಯೋ ಇಲ್ಲವೋ ಎಂಬುದನ್ನು ದೃಢೀಕರಿಸಬೇಕು.

ಲಕ್ವಾತೀತ ಪೋಲಿಯೋದಲ್ಲಿ ನಿರರ್ಥಕ ಪೋಲಿಯೋ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಎಲ್ಲಾ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಾಣಿ

ಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ತಲೆ ನೋವು, ಹೊಟ್ಟೆತೊಳಸುವಿಕೆ, ಮತ್ತು ವಾಂತಿಗಳು ಅತಿ ತೀವ್ರವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಕತ್ತು, ಮುಂಡ, ಮತ್ತು ಕೈಕಾಲುಗಳ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳು ತುಂಬಾ ಬಿಗಿಯಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಆಗಾಗ್ಗೆ ಮೂತ್ರ ವಿಸರ್ಜನೆಯ ಮೇಲಿನ ಹತೋಟಿ ತಪ್ಪುತ್ತದೆ. ಮಲ ಬದ್ಧತೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಬೆನ್ನು ಹುರಿ ಬಿಗಿತ, ಮತ್ತು ಕತ್ತಿನ ಬಿಗಿತ ಅತಿ ಮುಖ್ಯವಾದ ಲಕ್ಷಣಗಳಾಗಿರುತ್ತವೆ.

ಲಕ್ವ ಪೋಲಿಯೋ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಮೇಲೆ ಹೇಳಿದ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಕೆಲವು ಮಾಂಸ ಖಂಡಗಳಾಗಲೀ, ತೋಳಾಗಲೀ ಇಲ್ಲವೇ ಕಾಲಾಗಲೀ ನಿಷ್ಕ್ರಿಯತೆ ಹೊಂದುತ್ತವೆ.

ಬೆನ್ನು ಹುರಿಯು ಪೋಲಿಯೋದಲ್ಲಿ ಕಪಾಲದ ನರಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಂಸ ಖಂಡಗಳಿಗೆ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆಯುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಉಸಿರಾಟ ಮತ್ತು ಹೃದಯ ಕ್ರಿಯೆಗಳು ನಿಂತುಹೋಗುತ್ತವೆ. ಕಶೇರು ರಜ್ಜುವಿನ ಮೂಲ ಮತ್ತು ಬೆನ್ನು ಹುರಿಯ ಪೋಲಿಯೋದಲ್ಲಿ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದ ಎರಡು ವಿಧವಾದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

ಮಿದುಳನ್ನು ನೇರವಾಗಿ ಪೋಲಿಯೋ ವೈರಸ್ ಆಕ್ರಮಿಸಿಕೊಂಡರೆ ರೋಗಿಯು ಶೀಘ್ರ ಕೋಪಿಯಾಗುತ್ತಾನೆ. ಸ್ನಾಯು ಸೆಳೆತ, ಮಂಕಾಗುವಿಕೆ, ಕೈಕಾಲುಗಳನ್ನು ನಡುಗಿಸುವುದನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು.

ಉಸಿರಾಟದ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳಿಗೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆದಾಗ ರೋಗಿ ವ್ಯಾಕುಲ ಚಿತ್ತನಾಗುತ್ತಾನೆ. ಸರಳವಾದ ಮಾತುಗಳನ್ನಾಡುವುದಕ್ಕೂ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಮಧ್ಯೆ ಮಧ್ಯೆ ಉಸಿರನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಉಸಿರಾಟದ ವೇಗ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ.

ಮೂಗಿನ ಹೊಳ್ಳೆಗಳು ತುಂಬಾ ದೊಡ್ಡದಾಗುತ್ತವೆ. ಕೆಮ್ಮ
ವುದಕ್ಕೆ ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಸೀನುವುದಕ್ಕೂ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ.
ಹೊಟ್ಟೆಯು ಏರಿಳಿತದ ಕಾಲ ಉಸಿರಾಡುವುದಕ್ಕೆ ತದ್ವಿರುದ್ಧ
ವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಎದೆಯ ಗೂಡಿನ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳು ಚಲಿಸದೆ
ಹೋಗುತ್ತವೆ.

ಬಲ್ಬಾರ್ ಪೋಲಿಯೋ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಉಸಿರಾಡಲು
ತೊಂದರೆಯಾದಾಗ ರೋಗಿಯು ಮೂಗಿನಲ್ಲಿ ಮಾತನಾಡುತ್ತಾನೆ
ಸುಲಭವಾಗಿ ಆಹಾರವನ್ನು ನುಂಗಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಗಂಟಲಿನಲ್ಲಿ
ಆಹಾರ ಕಟ್ಟಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಕಫ ಹೊರಗೆ ಬರುವಂತೆ ಕೆಮ್ಮಲು
ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಹಾಲು ಅಥವಾ ನೀರನ್ನು ನುಂಗಲು
ಪ್ರಯತ್ನಿಸಿದಾಗ ಅದು ಮೂಗಿನ ಮೂಲಕ ಹೊರಬರುತ್ತದೆ
ಕಿರುನಾಲಗೆ, ನಾಲಗೆ, ಮೆದುತಾಳಿಗೆ ಒಂದೆಡೆ ಸರಿದಿರುತ್ತವೆ
ಉಸಿರಾಟ ಮತ್ತು ಹೃದಯಕ್ರಿಯೆ ಮರ್ಮಕೇಂದ್ರಗಳು ಕ
ಕಾಯಿಲೆಗೊಳಗಾದಾಗ ಹೃದಯದ ವೇಗದಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸ
ವಾಗುತ್ತದೆ. ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಚರ್ಮ ಕೆಲವು
ವೇಳೆ ಕೆಂಪಾಗುತ್ತದೆ, ಮತ್ತೊಮ್ಮೆ ಚುಕ್ಕೆ ಚುಕ್ಕೆಯಾಗಿರು
ತ್ತದೆ. ದೇಹದ ಉಷ್ಣದಲ್ಲಿ ಬಹುಬೇಗ ಬದಲಾವಣೆಯಾಗು
ತ್ತದೆ. ಹೃದಯ ಸ್ಪಂದನ ಕ್ರಮಹೀನವಾಗುತ್ತದೆ. ಉಸಿರಾಟ
ಅಸ್ತವ್ಯಸ್ತವಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರ ವೇಗ, ಆಳ, ಮತ್ತು ತಾಳಗಳು
ವ್ಯತ್ಯಾಸವಾಗಿರುತ್ತವೆ.

ವಾಣಿಕರವಿಗೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆದಾಗ ಧ್ವನಿ ಒಡೆಯುತ್ತದೆ
ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಧ್ವನಿಯೇ ಹೊರಡುವುದಿಲ್ಲ. ಕೊನೆಗೆ ಉಸಿರು
ಕಟ್ಟಿ ಪ್ರಾಣ ಹೋಗುತ್ತದೆ.

ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳು

ಕರುಳಿನ ಒಳಗಡೆ ಗಾಯಗಳಾಗಿ ಮಲದಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಹೋಗಬಹುದು. ಆದರೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ರಕ್ತ ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಕರುಳು ತೂತು ಬೀಳುವುದು ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಜಠರ ತುಂಬಾ ದೊಡ್ಡವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರಿಂದ ಉಸಿರಾಡಲು ತುಂಬಾ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಕ್ಕೆ ರಬ್ಬರ್ ನಾಳವನ್ನು ಬಾಯಿಯ ಮೂಲಕ ಹಾಕಿ ಹೊಟ್ಟೆಯಲ್ಲಿರುವ ನೀರನ್ನು ಹೊರಗೆಳೆಯಬೇಕು, ಮತ್ತು ಹೊಟ್ಟೆಯಮೇಲೆ ಮಂಜುಗಡ್ಡೆಯ ಚೀಲವನ್ನು ಇಡಬೇಕು. ಇಲ್ಲದೇ ಹೋದರೆ ಮೊದಲೇ ತೊಂದರೆಗೀಡಾಗಿರುವ ಉಸಿರಾಟಕ್ಕೆ ಇನ್ನೂ ತೊಂದರೆಯಾಗಿ ಉಸಿರಾಟವೇ ನಿಂತುಹೋಗಿ ಪ್ರಾಣಹೋಗಬಹುದು.

ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡ ಸ್ವಲ್ಪ ಹೆಚ್ಚಾಗಬಹುದು. ಇದು ಕೆಲವು ದಿವಸಗಳಿಂದ ಕೆಲವು ವಾರಗಳವರೆಗಿರುತ್ತದೆ. ದೃಷ್ಟಿ ಮಂದವಾಗಬಹುದು, ತಲೆನೋವು ಮತ್ತು ಸೆಟೆ ಬರಬಹುದು. ಹೃದಯ ಸ್ಪಂದನ ಹೆಚ್ಚಾಗಬಹುದು. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳು ಶೀಘ್ರವಾಗಿ ನೀರಿನಿಂದ ತುಂಬಿ, ತುಂಬಾ ಊದಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು.

ಕಾಯಿಲೆ ತೀವ್ರಗತಿಯಲ್ಲಿರುವಾಗ ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಮೂತ್ರಕೋಶಕ್ಕೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆಯುತ್ತದೆ. ಆಗ ಮೂತ್ರವಿಸರ್ಜನೆ ರೋಗಿಯ ಸ್ವಾಧೀನ ತಪ್ಪಿ ತನಗೆ ತಾನಾಗಿಯೇ ಮೂತ್ರ ಹನಿ ಹನಿಯಾಗಿ ಹೊರಬೀಳುತ್ತದೆ.

ಕಾಯಿಲೆಯ ಮುನ್ನೋಟ

ಶೇ. 5 ರಿಂದ 7 ಜನರೋಗಿಗಳು ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಾರೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಕಾಯಿಲೆಯು ಬಂದ ಮೊದಲನೆಯ ಎರಡು ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ಪ್ರಾಪ್ತ ವಯಸ್ಕರಿಗಿಂತ ಹಿರಿಯರಾದವರಲ್ಲಿ ಸಾವಿನ ಮತ್ತು ಅಸಮರ್ಥ್ಯತೆಯ ಸಂಖ್ಯೆ ಮೇಲೇರುತ್ತದೆ. ಮೊದಲನೆಯ ವಾರದಲ್ಲೇ ದೇಹದಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ಭಾಗಕ್ಕೆ ಲಕ್ವಹೊಡೆದರೆ ಅಸಮರ್ಥತೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ರೋಗಿಯ ಹೆದರಿಕೆಯನ್ನು ಕೊನೆಗೊಳಿಸಬೇಕು. ನಂತರ ಮೂಳೆಯ ವಕ್ರತೆಯನ್ನು ಕಡಮೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಬರಬಹುದಾದ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ದಿಟ್ಟತನದಿಂದ ಎದುರಿಸಬೇಕು. ನಂತರ ಮಗುವಿಗೆ ಬಹಳ ಕಾಲದವರೆಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಯುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು, ತುಂಬಾ ತೊಂದರೆಗೊಳಗಾದ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಅವರ ಭವಿಷ್ಯವನ್ನು ರೂಪಿಸಿ ಕೊಡಬೇಕು.

ವ್ಯಕ್ತಿಪರತೆಯಿಂದ, ನಗುಮುಖದಿಂದ ಬದುಕಿ ಬಾಳಬಹುದೆಂಬ ಆಸೆಯಿಂದ, ನಿಷ್ಕಪಟತನದಿಂದ ರೋಗಿಯನ್ನು ಆತ್ಮಪೂರ್ವಕವಾಗಿ, ದೈವೀ ಸಂಭೂತವಾಗಿ ಉಪಚರಿಸಬೇಕು.

ಪೋಲಿಯೋ ವೈರಸ್ ಯಾವ ಜೀವಿ ನಿರೋಧಕ ಔಷಧಗಳಿಗೂ ಬಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ನಿರರ್ಥಕ ಪೋಲಿಯೋದಿಂದ ನರಳುವ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆಯದ ಮತ್ತು ಸೌಮ್ಯವಾಗಿ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆದ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಮನೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಇಟ್ಟುಕೊಂಡು ಉಪಚರಿಸಬಹುದು. ಗ್ಯಾಮಗ್ಲಾಬುಲಿನನ್ನು ಕಾಯಿಲೆ ಬಂದ ನಂತರ ಕೊಡುವುದರಿಂದ ಯಾವ ಉಪಯೋಗವೂ ಆಗುವುದಿಲ್ಲ.

ನಿರರ್ಥಕ ಪೋಲಿಯೋ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತಲೆನೋವು ಕಡಮೆಯಾಗಲಿಕ್ಕೆ, ನಿದ್ದೆ ಬರಲಿಕ್ಕೆ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಒಳ್ಳೆಯ ರುಚಿಯಾದ, ಆಕರ್ಷಕ ಆಹಾರವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಮಲಗಿಸಿರಬೇಕು. ಜ್ವರ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ನಿಲ್ಲುವವರೆಗೆ ಹಾಗೆಯೇ ಮಲಗಿಸಿರಬೇಕು. ಇವಾದ ಮುಂದಿನ ಎರಡು ವಾರಗಳ ಕಾಲ ಶ್ರಮವಹಿಸಬಾರದು. ಎರಡು ತಿಂಗಳುಗಳ ನಂತರ ಯಾವುದಾದರೂ ಭಾಗಕ್ಕೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆದಿದೆಯೋ ಹೇಗೆ ಎಂಬುದಕ್ಕೆ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಬೇಕು.

ಲಕ್ವ ಹೊಡೆಯುದ ರೋಗಿಗಳಿಗೂ ಸಹ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದಂತೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸಬೇಕು. ಕುತ್ತಿಗೆ, ಬೆನ್ನುಹುರಿ, ಮತ್ತು ಮುಂಡದ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳು ಬಿಗಿಯಾಗದಂತೆ ಎಚ್ಚರ ವಹಿಸಬೇಕು. ನೋವು ನಿವಾರಕ ಔಷಧಗಳ ಪ್ರಯೋಗದ ಜೊತೆಗೆ ತೊಂದರೆಗೊಳಗಾದ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳ ಮೇಲೆ ಬಿಸಿ ಪಿಂಡಿಗಳನ್ನು 15 ರಿಂದ 30 ನಿಮಿಷಗಳ ಕಾಲ ಪ್ರತಿ ಎರಡರಿಂದ ನಾಲ್ಕು ಗಂಟೆಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಇಡಬೇಕು. ತೊಂದರೆಗೊಳಗಾದ ದೇಹದ ಯಾವ ಭಾಗವನ್ನಾಗಲೀ ತಲೆಯನ್ನುಳಿದು ಬಿಸಿ ನೀರಿನಲ್ಲಿ ಬಿಟ್ಟು ಕೊಂಡರೆ ಒಳ್ಳೆಯದು. ಪಾದ ಕಾಲಿಗೆ ಸಮಕೋನದಲ್ಲಿರುವಂತೆ ಪಾದಕ್ಕೆ ಆಶ್ರಯವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಇಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ವಕ್ರತೆ ಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ.

ಲಕ್ವ ಹೊಡೆದ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಆಸ್ಪತ್ರೆಗೆ ಸೇರಿಸಲೇಬೇಕು. ಇದು ಅನಿವಾರ್ಯ ಶಾಂತವಾದ ವಾತಾವರಣವಿರಬೇಕು. ಮೂಳೆಯ ವಕ್ರತೆಯನ್ನು ಕಡಮೆ ಮಾಡಲು ಪ್ರಯತ್ನಿಸಬೇಕು. ಬೆನ್ನು ಮತ್ತು ಸೊಂಟವನ್ನು ನೆಟ್ಟಗೆ ಮಾಡಿ, ಮೊಣಕಾಲನ್ನು

ಸ್ವಲ್ಪ ಮಡಿಸಿ ಪಾದ ಕಾಲಿಗೆ ಸಮಕೋನದಲ್ಲಿರುವಂತೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಮಲಗಿಸಬೇಕು. ಇದಕ್ಕಾಗಿ ಮರದ ಹಲಗೆ, ಬೂಟ್ಸ್ ಮತ್ತು ಮರಳಿನ ನಯವಾದ ಸಣ್ಣ ಚೀಲಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದು. ನೋವು ಶಮನವಾದ ನಂತರ ಕೈಕಾಲುಗಳನ್ನು ಚಲಿಸಬೇಕು. ಮಾಂಸಖಂಡಗಳನ್ನು ತೀಡಬೇಕು, ಮಲಬದ್ಧತೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಎಲ್ಲಾ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಕಾಣಬರುತ್ತದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಮಲಬದ್ಧತೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬೇಕು. ಮೂತ್ರ ಕಟ್ಟಿಕೊಂಡರೆ ಆಗಾಗ್ಗೆ ರಬ್ಬರ್ ನಾಳವನ್ನು ಹಾಕಿ ಮೂತ್ರವನ್ನು ಹೊರತೆಗೆಯಬೇಕು. ದೇಹದಲ್ಲಿ ಯಾವ ಭಾಗವೂ ವಕ್ರವಾಗದಂತೆ ತಜ್ಞರಿಂದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸಬೇಕು.

ಬಲ್ಬಾರ್ ಪೋಲಿಯೋ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಮೆದುಳಿಗೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆಯುವುದರಿಂದಲೂ, ಗಂಟಲಿನಲ್ಲಿ ಕಫ ಕಟ್ಟಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದಲೂ, ಕಫ ಮತ್ತು ಗಂಟಲಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ದ್ರವಗಳು ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಕೆ ಹೋಗುವ ಅವಕಾಶಗಳು ತುಂಬಾ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಇವುಗಳ ಕಡೆಗೆ ನಮ್ಮ ಗಮನವನ್ನು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಹರಿಸಬೇಕು. ತಲೆಯನ್ನು ಸ್ವಲ್ಪ ಕೆಳಮಟ್ಟದಲ್ಲಿರುವಂತೆ ಇಡತಕ್ಕದ್ದು. ಮುಖ ಅಡಿಯಾಗಿ ಮಲಗಿಸಿ, ತಲೆಯನ್ನು ಕೆಳಗೆ ಮಾಡಿ, ಮುಖವನ್ನು ಒಂದು ಕಡೆಗೆ ತಿರುಗಿಸಿಟ್ಟಿರಬೇಕು. ಟೆಟ್ರಸೈಕ್ಲೀನ್ ಔಷಧವನ್ನು ಒಂದು ವಾರದವರೆಗೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಇವುಗಳ ಜೊತೆಗೆ ಜೀವ ಸತ್ತ್ವಗಳನ್ನು ಕೊಡ ಬೇಕು. ಇವುಗಳನ್ನಲ್ಲದೆ ಬೇರೆ ಯಾವ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಕೊಡಬೇಕಾದ ಅವಶ್ಯಕತೆಯಿರುವುದಿಲ್ಲ. ದೇಹಕ್ಕೆ ಬೇಕಾದ ಲೋಹಾಂಶಗಳು, ಜೀವಸತ್ತ್ವಗಳು ಮತ್ತು ನೀರನ್ನು ಒದಗಿಸಬೇಕು. ಬಹುಮಂದಿ ರೋಗಿಗಳು ಈ ರೋಗದಿಂದ ಪೂರ್ಣ

ಗುಣ ಹೊಂದಿದ ನಂತರ ಯಾವ ವಿಧವಾದ ಲಕ್ವದಿಂದಲೂ ನರಳುವುದಿಲ್ಲ ಕೆಲವರಿಗೆ ಗಟ್ಟಿ ಆಹಾರವನ್ನು ನುಂಗುವುದೇ ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ ಕೆಲವರಿಗೆ ಉಸಿರಾಡಲು ತೊಂದರೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಅಂತಹವರಿಗೆ ಕಬ್ಬಿಣದ ಶ್ವಾಸಕೋಶವನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿ ಕೃತಕವಾಗಿ ಉಸಿರಾಡಿಸಬೇಕು. ಕೆಲವರಿಗೆ ವಾಯುನಾಳವನ್ನು ಸೀಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಸೀಳಿದ ಸ್ಥಳದಲ್ಲಿ ಉಕ್ಕಿನ ನಾಳವನ್ನಿಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ದಡಾರ

ದಡಾರ ಎಲ್ಲಾ ಕಡೆಯಲ್ಲಿಯೂ ಸರ್ವೇಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಾಣಬರುತ್ತದೆ. ಗಂಟಲು ನೋವು, ಮೂಗು ನೋವು, ಮತ್ತು ಕೆಮ್ಮು ಮೊದಲು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಇದು ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕವಾಗಿ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಮೊದಲಿನಿಂದ ಕೊನೆಯ ವರೆಗೂ ರೋಗಿ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಇತರರಿಗೆ ಹರಡುತ್ತಾನೆ. ಇದು ಹವಾಗುಣಕ್ಕೆ ಹೊಂದಿಕೊಂಡಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ರೋಗ ಐದು ವರ್ಷದ ಒಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಸಾವು ಹೆಣ್ಣು ಮಕ್ಕಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಗಂಡುಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಎರಡು ವರ್ಷದ ಒಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಸಾವು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಈ ರೋಗಕ್ಕೆ ವೈರಸ್ ಕಾರಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ವೈರಸ್ ಮೂಗಿನಿಂದ ಹರಿಯುವ ಸಿಂಬಳದಲ್ಲಿ ಉಸಿರು ನಾಳಗಳಲ್ಲಿರ ಬಹುವಾದ ಶ್ಲೇಷ್ಮಗಳಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ.

ರೋಗಿಯೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕವಿಟ್ಟುಕೊಂಡವರಿಗೆ ಈ ರೋಗ ಬರುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯ ಮೈ ಮೇಲೆ ಬೊಕ್ಕೆಗಳು ಕಾಣಿಸಿ ಕೊಳ್ಳುವುದಕ್ಕೆ ಮುಂಚೆಯೇ ಈ ರೋಗಿಯಿಂದ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಇತರರಿಗೆ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಯಾರು ರೋಗಿಯೊಡನೆ ನಿಕಟ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿರುತ್ತಾರೋ ಅಂತಹವರನ್ನು 18 ದಿವಸಗಳ ವರೆಗೆ, ರೋಗಿಯನ್ನು ಅವನ ಮೈ ಮೇಲಿನ ಸಿಪ್ಪೆಗಳು ಸುಲಿಯುವವರೆಗೂ ಬೇರೆ ಇಟ್ಟಿರಬೇಕು. ಕಾಯಿಲೆ ಪಕ್ವಸ್ಥಿತಿಗೆ ಬರಲು ಹೆಚ್ಚು ಕಾಲ ಬೇಕಾಗಿರುವುದರಿಂದಲೂ, ಮೈ ಮೇಲೆ ಬೊಕ್ಕೆ ಗಳು ಬರುವ ಮುನ್ನ ಮತ್ತು ಬಂದನಂತರ ಕೇವಲ ನಾಲ್ಕೈದು

ದಿವಸಗಳು ಮಾತ್ರ ರೋಗ ಇತರರಿಗೆ ಹರಡುವುದರಿಂದಲೂ ಈ ರೋಗವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಕಾಯಿಲೆಯ ಸಂಶಯ ಮೂಡಿದ ಕೂಡಲೇ ರೋಗಿಯನ್ನು ಬೇರ್ಪಡಿಸಬೇಕು. ಬಟ್ಟೆ, ಹಾಸಿಗೆ ಮತ್ತು ರೋಗಿಯು ಉಪಯೋಗಿಸಿದ ವಸ್ತುಗಳೆಲ್ಲವನ್ನೂ ಜೀವಿಶುದ್ಧೀಕರಣಕ್ಕೊಳಪಡಿಸಬೇಕು.

ಈ ರೋಗ ಇದ್ದಕ್ಕಿದ್ದಂತೆಯೇ ನಾಲ್ಕೈದು ವರ್ಷಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕವಾಗಿ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಇದು ಮಳೆಗಾಲದ ಕೊನೆಯಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲವೇ ವಸಂತಋತುವಿನ ಆದಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಗಾಳಿಯಲ್ಲಿ ಉಗುಳಿನ ತುಂತುರಿನ ಮೂಲಕ ಇದು ಹರಡುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಯೊಡನೆ ಮಾತನಾಡುವಾಗ, ರೋಗಿಯ ಬಾಯಿಯಿಂದ ಹೊರಹೊರಡುವ ಎಂಜಲಿನ ತುಂತುರಿನಿಂದ, ರೋಗಿಯು ಸೀನಿದಾಗ ಈ ರೋಗ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಆರುವರ್ಷದ ಒಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಶೇಕಡ 90 ಭಾಗ ಈ ರೋಗ ಬರುತ್ತದೆ. ಉಳಿದವರಿಗೆ ಆಮೇಲೆ ಬರುತ್ತದೆ.

ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ದಡಾರ ಒಮ್ಮೆ ಬಂದರೆ ಇನ್ನೊಮ್ಮೆ ಬರುವುದಿಲ್ಲ. ವಿಷಘ್ನಗಳು ತಾಯಿಯಿಂದ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಗರ್ಭದಲ್ಲಿರುವಾಗಲೇ ಬಂದು ಬಿಡುತ್ತವೆ. (ಈ ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ನರಳಿದ ರೋಗಿಗಳು ಗರ್ಭವತಿಯರಾದಾಗ ಮಾತ್ರ). ಈ ಕಾಯಿಲೆಯ ಪರಿಪಕ್ವ ಕಾಲ 10 ರಿಂದ 12 ದಿವಸಗಳಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ 6 ರಿಂದ 15 ದಿವಸಗಳಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕಾಯಿಲೆಯು ಸೋಂಕಿದ 9 ಅಥವಾ 10ನೆಯ ದಿವಸ ರೋಗಿಗೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಜ್ವರ ಬರುತ್ತದೆ. ನಂತರ 24ರಿಂದ 48 ಗಂಟೆಗಳವರೆಗೆ ಜ್ವರವಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಈ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಮುನ್ಸೂಚಕವಾಗಿ ಜ್ವರ. ಸ್ವಲ್ಪ ಗಂಟಲು
ಕಡಿತ, ಕೆಮ್ಮು, ನೆಗಡಿ, ಮತ್ತು ಕಣ್ಣುಗಳು ಕೆಂಪಾಗುವಿಕೆ
ಗಳುಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಇದಾದ ಒಂದೆರಡು ದಿವಸಗಳಲ್ಲಿ ಬೊಕ್ಕೆಗಳ
ಮೈಮೇಲೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಇವೆಲ್ಲಕ್ಕಿಂತ ಮುಂಚಿತವಾಗ
ಕಾಪ್ಲಿಕ್‌ನ ಚುಕ್ಕೆಗಳು ಬಾಯಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಒ
ಬಾಯಿಯೆಲ್ಲಾ ಕೆಂಪಾಗಬಹುದು. ಈ ಕಾಯಿಲೆಯ ಮುನ್ಸೂ
ಚಕ ವೇಳೆ ಕೆಲವು ಸಲ ನಾಲ್ಕು ದಿವಸಗಳಾಗುತ್ತವೆ. ಚಿಕ
ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸೆಳೆತವೂ ಬರಬಹುದು. ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳಿಗೆ ತೊಂದ
ಯಾಗಬಹುದು. ಮೈಯಲ್ಲಾ ಬೊಕ್ಕೆಗಳಿಂದ ತುಂಬುವತನ
ಜ್ವರ, ಸೀನು, ಕೆಮ್ಮುಗಳು ಸ್ವಲ್ಪ ಉಗ್ರವಾಗಿಯೂ ಇರುತ್ತವ
ಮೈಮೇಲೆ ಬೊಕ್ಕೆಗಳು ಬರುತ್ತಿದ್ದಂತೆಯೇ ಇದ್ದಕ್ಕಿದ್ದಂತೆಯೆ
ಜ್ವರ 40° ಸೆಂ. ನಿಂದ 40.54° ಸೆಂ. ವರೆಗೇರಬಹುದು.
ಬೊಕ್ಕೆಗಳು ಕಾಲು ಮತ್ತು ಪಾದಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಂಡ ನಂತ
ಎರಡು ದಿವಸಗಳಲ್ಲಿ ಜ್ವರ, ಕೆಮ್ಮು, ಸೀನುಗಳು ಕಡಮೆಯಾಗ
ತ್ತವೆ. ಈ ಬೊಕ್ಕೆಗಳು ಶಿರದ ಮೇಲೆ, ಕೂದಲಿನ ಅಂಚಿನ
ಕೆನ್ನೆಯ ಬಂಬದಿಯಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಇನ್ನೂ ಕೆಲ
ರಲ್ಲಿ ಈ ಬೊಕ್ಕೆಗಳಿಂದ ರಕ್ತಸ್ರಾವವಾಗುತ್ತದೆ. ಮೈ ಕಡಿ
ಸ್ವಲ್ಪ ಕಡಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಬೊಕ್ಕೆಗಳು ಹಾಗೆಯೇ ಅಳಿ
ಹೋಗುತ್ತವೆ. ತಾಮ್ರವರ್ಣ ಕಂದುಬಣ್ಣಕ್ಕೆ ತಿರುಗುತ್ತ
ಲಿಂಫ್‌ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಕತ್ತಿನ ಬುಡದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಹಿಂಗತ್ತಿನಲ್ಲಿ ದ
ನಾಗುತ್ತವೆ. ಭೇಧಿ, ವಾಂತಿ, ಕಿವಿ ಸೋರುವುದು, ಬ್ರಾಂಕ
ನಿಮೋನಿಯ (ನವಿರುಸಿರು ನಾಳಗಳ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿಯೂ
ಮುಂತಾದುವುಗಳು ಚಿಕ್ಕಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊ
ತ್ತವೆ.

ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳು

ನವಿರುಸಿರುನಾಳಗಳ ಪುಪ್ಪುಸದುರಿಯೂತ ಮುಖ್ಯವಾದ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಅಡಗಿದ್ದ ಕ್ಷಯರೋಗ ಹೊರಹೊಮ್ಮಬಹುದು ಮಿದುಳಿನುರಿಯೂತ (Encephalitis) ಮತ್ತೊಂದು ಅತಿ ವಿರಳವಾದ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮ ಜ್ವರ ಬಂದು ತಲೆನೋವುಂಟಾಗುತ್ತದೆ, ರೋಗಿ ಮಂಕಾಗುತ್ತಾನೆ, ಅನಂತರ ಜ್ಞಾನಶೂನ್ಯನಾಗುತ್ತಾನೆ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಸೆಳೆತವೂ ಬರುತ್ತದೆ. ಅನಂತರ ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯುವೂ ಬರುತ್ತದೆ. ಕರುಳಿನ ಉರಿಯೂತ, ಕಿವಿನೋವು, ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳ ಉರಿಯೂತ, ಮಿದುಳು ಪೊರೆಗಳ ಉರಿಯೂತ, ಬಾಯಿ ಕೊಳೆಯುವಿಕೆಗಳು ಉಂಟಾಗಬಹುದು.

ರೋಗದ ಮುನ್ನೋಟ

ಬ್ರಾಂಕೋನಿಮೋನಿಯ ಬರದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಂಡರೆ, ಬಂದ ತಕ್ಷಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನಡೆಸಿದರೆ ಮಕ್ಕಳು ಸಾಯುವುದಿಲ್ಲ. ಮಿದುಳಿನ ಉರಿಯೂತ ಬರುವುದು ತುಂಬಾ ವಿರಳ. ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳಿಲ್ಲದಿದ್ದರೆ ಕಾಯಿಲೆ ಅತಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ವಾಸಿಯಾಗುತ್ತದೆ.

ಮುಂಜಾಗ್ರತೆಯ ಕ್ರಮಗಳು

ರೋಗಿಯ ಮೈಮೇಲೆ ಬೊಕ್ಕೆಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವ ಮೊದಲೇ ಇವನಿಂದ ಇತರರಿಗೆ ಈ ರೋಗ ಹರಡಿಹೋಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ರೋಗ ಇತರರಿಗೆ ಬರದಂಗೆ ತಡೆಯುವುದು ತುಂಬಾ ಕಷ್ಟಸಾಧ್ಯವಾದ ಕೆಲಸ. ಯಾರು ರೋಗಿಗಳೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನಿಟ್ಟುಕೊಂಡಿರುತ್ತಾರೋ ಅಂತಹವರನ್ನು ಒಂದು ವಾರದ ನಂತರ ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸಿಡಬೇಕು. ಕೊನೆಯ ಪಕ್ಷ ಎಂಟು ದಿವಸಗಳ

ಕಾಲವಾದರೂ ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸಿಡಬೇಕು. ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ನರಳುವ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸುವುದರಿಂದ ಅವರಿಗೆ ಇತರೆ ರೋಗಾಣು ಗಳಿಂದ ಬರಬಹುದಾದ ರೋಗವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು.

ಗ್ಯಾಮಾಗ್ಲಾಬುಲಿನ್ ಕೊಡುವುದರಿಂದ ಆರು ವಾರಗಳ ಕಾಲ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಬರದಂತೆ ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು. ರೋಗಿಯೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕಹೊಂದಿದ ಮೊದಲನೆಯ ಏಳು ದಿವಸಗಳಲ್ಲಿ ಗ್ಯಾಮಾ ಗ್ಲಾಬುಲಿನ್ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಒಂದು ಕಿಲೋಗ್ರಾಂ ತೂಕಕ್ಕೆ 0·05 ಘ. ಸೆಂ. ರಷ್ಟನ್ನು ಒಂದು ವಾರವಾಗಿದ್ದರೆ ಒಂದು ಕಿಲೋಗ್ರಾಂ ದೇಹದ ತೂಕಕ್ಕೆ 0·2 ಘ. ಸೆಂ. ರಷ್ಟನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಸಂಪೂರ್ಣ ರಕ್ಷಣೆಯನ್ನು ಬಯಸಿದಲ್ಲಿ ಒಂದು ಕಿಲೋಗ್ರಾಂ ತೂಕಕ್ಕೆ 0·4 ಘ. ಸೆಂ. ರಷ್ಟನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು.

ಈ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಜೀವಂತ ಲಸಿಕೆ ಬಂದಿದೆ. ರೋಗಿಯೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕ ಬೆಳೆಸಿದ ಮೊದಲನೆಯ ಮೂರು ದಿವಸ ಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಟ್ಟರೆ ರೋಗ ಬರುವುದನ್ನು ತಡೆ ಗಟ್ಟಬಹುದು. ಅಕಸ್ಮಾತ್ ಬಂದರೆ ಅತಿ ಸೌಮ್ಯವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಯಾರಿಗಾದರೂ ಸಿಟಿರೋಗ ಬರುತ್ತಿದ್ದರೆ, ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ ರೋಗದಿಂದ ನರಳಿದ್ದರೆ, ಇಲ್ಲವೇ ಬೇರೆ ಯಾವುದಾದರೂ ಸೋಂಕು ತಗುಲಿದ್ದರೆ, ಬೇರೆ ಯಾವ ಉದ್ದೇಶಕ್ಕಾದರೂ ಕಾರ್ಟಿಸೋನ್ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳು ತ್ತಿದ್ದರೆ, ರೋಗಿ ರಕ್ತ ಕ್ಯಾನ್ಸರ್‌ನಿಂದ, ಕ್ಷಯರೋಗದಿಂದ ನರಳುತ್ತಿದ್ದರೆ, ಹೆಂಗಸು ಗರ್ಭಿಣಿಯಾಗಿದ್ದರೆ ಈ ಜೀವಂತ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡಬಾರದು. ದೇವಿ ಹಾಕಿಸಿದ ಒಂದು ತಿಂಗಳೊಳಗೆ ಈ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡಬಾರದು. ದೇವಿ ಹಾಕಿಸಿದ ಒಂದು ತಿಂಗಳೊಳಗೆ ಇಲ್ಲವೇ ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ. ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಹಾಕಿಸಿದ

ಒಂದು ತಿಂಗಳೊಳಗೆ ಈ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡಬಾರದು. ಯಾವ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಲಸಿಕೆಯನ್ನು ಕೊಡಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲವೋ ಅಂತಹ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಗ್ಯಾಮ ಗ್ಲಾಬ್ಯುಲಿನ್ ಕೊಟ್ಟು ರಕ್ಷಿಸಬೇಕು.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ :

ಕಾಯಿಲೆ ಬಂದು ರೂಪಕ್ಕೆ ಬಂದನಂತರ ಗ್ಯಾಮಗ್ಲಾಬ್ಯುಲಿನ್ ಕೊಡಬೇಕಾದರೆ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲು ಉಪಯೋಗಿಸುವುದಕ್ಕಿಂತ 10 ರಿಂದ 20 ರಷ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕೊಡಬೇಕು. ಅಂದರೆ 0.2 ರಿಂದ 0.4 ಘ.ಸೆಂ. ನಷ್ಟನ್ನು ಪ್ರತಿ ಪೌಂಡ್ ದೇಹದ ತೂಕಕ್ಕೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಹೀಗೆ ಕೊಡುವುದರಿಂದ ಕಾಯಿಲೆಯ ಉಗ್ರತೆ ಕಡಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ದಡಾರದ ಎನ್ಸೆಫಲೈಟಿಸ್ ಬಂದಾಗ ಪ್ರತಿ ಪೌಂಡ್ ತೂಕಕ್ಕೆ 0.4 ಘ.ಸೆಂ. ನಿಂದ 1.0 ಘ.ಸೆಂ. ಗ್ಯಾಮಗ್ಲಾಬ್ಯುಲಿನ್ ಕೊಡಬೇಕು. ಅವಶ್ಯಕವೆನಿಸಿದರೆ ಕಾರ್ಟಿಸೋನ್ ಸಹ ಕೊಡಬಹುದು.

..

ಜ್ವರ ಕಡಮೆಯಾಗುವಂತೆ ನೋಡಿಕೊಂಡು, ಕೆಮ್ಮನ್ನು ತಹಬಂದಿಗೆ ತರಬೇಕು. ಕಣ್ಣಿನ ಮೇಲೆ ಪ್ರಕಾಶವಾದ ಬೆಳಕು ಬೀಳದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಮಗುವು ನಿದ್ರೆ ಮಾಡಲು ಅವಶ್ಯಕತೆ ಬಿದ್ದಾಗ ಔಷಧವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಸಂಪೂರ್ಣ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಅತ್ಯಗತ್ಯ. ಜ್ವರ ಇಳಿಸಲು ಔಷಧ, ಪ್ಯಾಚಿತ್ತವನ್ನು ಶಮನ ಮಾಡಲು ಮದ್ದು ನೀರನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕು. ಶೇಕಡ ಒಂದು ಭಾಗದ ಪೊಟಾಸಿಯಂ ಪರ್ಮಾಂಗನೇಟ್ ದ್ರಾವಕದಿಂದ ರೋಗಿಗೆ ಸ್ನಾನ ಮಾಡಿಸಬೇಕು. ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ನೀರಾಹಾರವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಕೋಣೆಯನ್ನು ಬೆಚ್ಚಗಿಟ್ಟಿರ

ಬೇಕು. ಕಿವಿ ಸೋರುವುದಕ್ಕೆ, ಬ್ರಾಂಕೋನಿಮೋನಿಯಕ್ಕೆ, ತಕ್ಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಬೇಕು. ಕಾಯಿಲೆ ಮುಂದುವರಿಯುತ್ತಿದ್ದಂತೆ ಪೆನಿಸಿಲಿನ್ ಕೊಟ್ಟರೆ ಬ್ರಾಂಕೋನಿಮೋನಿಯ ಬರುವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು.

ಕ್ಷಯರೋಗ

ದೇಹವನ್ನು ನಶಿಸುವ ಕಾಯಿಲೆಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗ ಒಂದು ಮುಖ್ಯವಾದ ಕಾಯಿಲೆಯಾಗಿದೆ. ತಕ್ಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆಯದಾಗ ರೋಗಿಯನ್ನು ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಬಹಳ ಕಾಲದವರೆಗೆ ಕೊರಗಿಸಿ, ನರಳಿಸಿ, ಕೊನೆಗೆ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ನಮ್ಮ ದೇಹದೊಳಕ್ಕೆ ಕ್ಷಯರೋಗಾಣುಗಳು ಗಾಳಿಯ ಮೂಲಕ ಸೇರುತ್ತವೆ. ರೋಗಿಯು ಕೆಮ್ಮಿದಾಗ, ಸೀನಿದಾಗ, ಗಟ್ಟಿಯಾಗಿ ಮಾತನಾಡಿದಾಗ, ಆತನ ಬಾಯಿಯಿಂದ ಹೊರ ಹೊರಟ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಹೊತ್ತ ಉಗುಳಿನ ತುಂತುರುಗಳು ಆರೋಗ್ಯವಂತ ಮನುಷ್ಯನು ಎಳೆದುಕೊಳ್ಳುವ ಉಸಿರಿನ ಮೂಲಕ ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳನ್ನು ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅನಿವಾರ್ಯ ಸಂದರ್ಭಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಗಳಿಂದ ಕೊನೆಯ ಪಕ್ಷ ಮೂರು ಅಡಿಗಳ ದೂರವಾದರೂ ಇರಬೇಕು. ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಯ ಶ್ಲೇಷ್ಮದ ಪ್ರತಿ ಗಾಳಿಯಲ್ಲಿ ಹಾರಾಡುತ್ತಾ ಶ್ವಾಸಕೋಶವನ್ನು ಸೇರಬಹುದು. ನಾವು ಸೇವಿಸುವ ಆಹಾರದಲ್ಲಿ, ಪಾನೀಯಗಳಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗಾಣುಗಳಿದ್ದರೆ ಈ ರೋಗ ಬರುತ್ತದೆ. ಚರ್ಮದ ಗಾಯದ ಮೂಲಕವಾಗಲಿ, ಶ್ಲೇಷ್ಮ ತ್ವಚೆಯ ಮೂಲಕವಾಗಲಿ, ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ನಮ್ಮ ದೇಹವನ್ನು ಸೇರಬಹುದು. ಸೂರ್ಯ ರಶ್ಮಿ ಬೀಳದೆಡೆಯಲ್ಲಿ, ಕತ್ತಲು ಕವಿದಿರುವೆಡೆಯಲ್ಲಿ, ಗಾಳಿ ಸಂಚಾರಕ್ಕೆಡೆಯಿರದಲ್ಲಿ, ವಾತಾವರಣದಲ್ಲಿ ಬಿಸಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುವೆಡೆಯಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ಅನೇಕ ತಿಂಗಳುಗಳ ಕಾಲ ತೀಕ್ಷ್ಣವಾಗಿರುತ್ತವೆ.

ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಕ್ಷಯ ರೋಗ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಹಾಲ ಮಾರುವ ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಯಿಂದ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಶ್ವಾಸಕೋ ಗಳ ಕ್ಷಯ ರೋಗದಿಂದ ನರಳುತ್ತಿರುವವನು ಪ್ರತಿಸಾರಿಯೂ ಕೆಮ್ಮಿದಾಗ ಅಸಂಖ್ಯಾತ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಹೊರಹಾಕ ತ್ತಾನೆ. ಹಾಲನ್ನು ಮಾರುವಾಗ ಹಾಲಿನ ಪಾತ್ರೆಯನ್ನು ತೆರೆದು ಹಾಲನ್ನು ಅಳತೆಮಾಡಿ ಕೊಡುವಾಗ ಅವನು ಕೆಮ್ಮಿ ದಾಗ ಅವನ ಉಗುಳಿನ ತುಂತುರುಗಳ ಮೂಲಕ ಹೊರಬಂ ರೋಗಾಣುಗಳು ಹಾಲಿನೊಡನೆ ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಅಂತಹ ಹಾಲನ್ನು ಕಾದಿಸದೆ ಸೇವಿಸುವವರಿಗೆ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಬರುತ್ತದೆ.

ಕಾಯಿಲೆಯ ಉಗ್ರತೆ, ರೋಗಾಣುವಿನ ತೀಕ್ಷ್ಣತೆ, ದೇಹ ವನ್ನಾಕ್ರಮಿಸುವ ರೋಗಾಣುಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ ಸೋಂಕಿನ ಪುನರಾ ವರ್ತನೆ, ಸೋಂಕಿನ ಪಥ ಮತ್ತು ರೋಗಿಯ ಸೂಕ್ಷ್ಮತೆಗಳನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತವೆ. ಒಂದೇ ಬಾರಿಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣುಗಳು ದೇಹವನ್ನು ಸೇರುವುದರಿಂದ ದೇಹಕ್ಕೆ ತುಂಬಾ ತೊಂದರೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಅಬಾಧಿ ತತ್ವ ಉಂಟಾಗಲು ಕಾಲಾವಕಾಶವೇ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಸಣ್ಣ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣುಗಳು ಆಗಾಗ್ಗೆ ದೇಹವನ್ನು ಸೇರಿದರೆ ರೋಗಪ್ರತಿರೋಧ ಕತೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಹುಟ್ಟುತ್ತಲೇ ಮಗುವಿ ಕಾಯಿಲೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗಿಯೊಡನಾಗಲೀ, ಇಲ್ಲವೆ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಹೊತ್ತ ವಸ್ತುಗಳೊಡನಾಗಲಿ, ಸಂಪರ್ಕ ವನ್ನು ಹೊಂದಿದ ಮೇಲೆ ಈ ರೋಗ ಬರುತ್ತದೆ. ಹುಟ್ಟಿದ ಕೆಲವಾರು ತಿಂಗಳುಗಳಾದ ನಂತರ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಕಾಣಿಸಿ ಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ.

ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಅಜ್ಜ, ಅಜ್ಜಿ ಮತ್ತು ಅವರಷ್ಟು ವಯಸ್ಸಾದವರಿಗಿರಬಹುದಾದ ಬಹು ದಿನದ ಕೆಮ್ಮನ್ನು ಸಾಮಾನ್ಯ ಕೆಮ್ಮೆಂದು ಭ್ರಮಿಸಿ ಅದಕ್ಕೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಮಹತ್ವ ಕೊಟ್ಟು ಪರೀಕ್ಷಿಸದೆ ಹೋದರೆ, ಅವರಲ್ಲಿರಬಹುದಾದ ಕ್ಷಯರೋಗದಿಂದ ಮುಂದಿನ ಪೀಳಿಗೆ ನರಳಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮೂರು ವರ್ಷದ ಒಳಗಿನ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಇಂತಹವರಿಂದ ಪ್ರಥಮ ಸೋಂಕು ಅನಿವಾರ್ಯವಾಗಿ ತಗಲುತ್ತದೆ. ಪ್ರಥಮ ಸೋಂಕು, ಉಸಿರಾಡುವುದರ ಮೂಲಕ, ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳ ಮೂಲಕ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ದೇಹವನ್ನು ಪ್ರವೇಶಿಸುತ್ತದೆ. ಯಾವುದೇ ಪಥದಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ದೇಹವನ್ನು ಸೇರಿದರೂ ಸಹ ಲಿಂಫ್ ಮೂಲಕ ರಕ್ತವನ್ನು ಸೇರುತ್ತವೆ. ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಬಿಳಿ ರಕ್ತ ಕಣಗಳು ಈ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ನುಂಗಿಹಾಕುತ್ತವೆ.

ಪ್ರಥಮ ಸೋಂಕು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ವಾಸಿಯಾದರೂ ಸಹ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಸೋಂಕು ತಗುಲಿದ ಭಾಗಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಪಟ್ಟ ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ಬಹಳ ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ ಇರುತ್ತವೆ. ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಮಿದುಳಿನ ಪೊರೆಯುರಿಯೂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಹೆಚ್ಚು ಮಕ್ಕಳ ಸಾವಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಮೊದಲ ಐದು ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ನಂತರ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. 25 ರಿಂದ 30 ವರ್ಷಗಳ ವಯಸ್ಸಿನಲ್ಲಿ ಪುನಃ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಶೇ. 60ರಷ್ಟು ಸೋಂಕು ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳಿಗೆ ತಗುಲುತ್ತದೆ. ವಿರಳವಾಗಿ ಕಂಠನಾಳ, ಮೂತ್ರಪಿಂಡ, ಜನನೇಂದ್ರಿಯಗಳು, ಕಣ್ಣು ಮತ್ತು ಇತರೆ ಅಂಗಾಂಗಗಳಿಗೆ ತಗುಲುತ್ತದೆ. ಸೋಂಕಿನ

ತಾಣವನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು 'ಕ್ಷ' ಕಿರಣಗಳು ಮಹತ್ತರವಾಗಿ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತವೆ.

ಈ ಕಾಯಿಲೆಯ ಗತಿಯ ಮೇಲೆ ಅಬಾಧಿ ತತ್ವ, ಮನೆಯ ವಾತಾವರಣ, ಆರ್ಥಿಕ ಪರಿಸ್ಥಿತಿ, ಉದ್ಯೋಗ, ಕೆಲಸದ ಹೊರೆ, ಸಾಮಾಜಿಕ ಸಂಪ್ರದಾಯಗಳು, ಅಭ್ಯಾಸ, ಶರೀರ ಪ್ರಕೃತಿ, ಚಿಂತೆ, ಬೇರೆ ಕಾಯಿಲೆಗಳಿರುವಿಕೆ, ಎಳೆಯುದರಲ್ಲಿಯೇ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸುವ ಸಾಧನಗಳು, ಪ್ರತ್ಯೇಕತೆ ಮತ್ತು ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಪರಿಣಾಮವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ.

ರೋಗದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ದೊಡ್ಡವರು, ಚಿಕ್ಕವರು ಮತ್ತು ಹಸುಗೂಸುಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲವು ವಿಚಾರಗಳಲ್ಲಿ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ವಯಸ್ಸಾದ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ, ದೊಡ್ಡವರಿಗೆ ಬರುವ ರೀತಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗ ಬರಬಹುದು. ಚಿಕ್ಕಮಕ್ಕಳು ಮತ್ತು ಹಸುಗೂಸುಗಳಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ ವ್ರಣ ಎಲ್ಲಿಯಾದರೂ ಇರಬಹುದು. ಆದರೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಹೊರವಲಯದಲ್ಲಿ ಎಲ್ಲಿಯಾದರೂ ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸುವ ಪ್ರವೃತ್ತಿಯನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತದೆ. ಚಿಕ್ಕವರಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಕೆಳಾರ್ಧದಲ್ಲಿಯೂ, ದೊಡ್ಡವರಲ್ಲಿ ಮೇಲರ್ಧದಲ್ಲಿಯೂ ಇರುತ್ತದೆ. ದೊಡ್ಡವರಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶಾಗ್ರದಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲವೇ ಅದಕ್ಕಿಂತ ಸ್ವಲ್ಪ ಕೆಳಗೆ ಸೇರಿರುತ್ತದೆ. ವಲಯ ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಕಾಯಿಲೆಗೀಡಾಗುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ದೊಡ್ಡವರಲ್ಲಿ ಇದು ಕಡಮೆ. ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತು ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ ಸುಣ್ಣ ಕೂಡಿಡಲ್ಪಟ್ಟು ವಾಸಿಯಾಗುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ದೊಡ್ಡವರಲ್ಲಿ ಈ ವ್ರಣಗಳು ತಂತುಗಳಿಂದ ತುಂಬಿ ಮಾಯುತ್ತವೆ. ದೊಡ್ಡವರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಚಿಕ್ಕವರಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು

ರಕ್ತದ ಮೂಲಕ ಪ್ರಸರಿಸುತ್ತವೆ. ಆದುದರಿಂದ ಚಿಕ್ಕಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಮಿದುಳಿನ ಪೊರೆಯುರಿಯೂತ ಮತ್ತು ಸಾವೆಕಾಳು ಕ್ಷಯರೋಗಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

ಮೊಟ್ಟಮೊದಲನೆಯ ಬಾರಿ ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ಶ್ವಾಸಕೋಶವನ್ನು ಸೇರಿದಾಗ ಅಲ್ಲಿ ಅತಿ ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾದ ವ್ರಣವುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ 'ಕ್ಷ' ಕಿರಣಗಳೂ ಸಹ ಅದನ್ನು ಗುರುತಿಸಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ವ್ರಣಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿ ಊದಿಕೊಂಡು ಅಪಾಯಕ್ಕೆ ಗುರಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಪ್ರಥಮ ವ್ರಣದಿಂದ ಕ್ಷಯ ರೋಗಾಣು ರಕ್ತಕ್ಕೆ ಸೇರಿ ಬಹು ದೂರ ಚಲಿಸಿ, ಮೂಳೆಗಳಲ್ಲಿ ಮೂತ್ರ ಪಿಂಡಗಳಲ್ಲಿ, ಮಿದುಳಿನ ಪೊರೆಗಳಲ್ಲಿ ಇಲ್ಲವೇ ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳಲ್ಲಿ, ಎಲ್ಲೆಡೆಯಲ್ಲಿಯೂ ಮನೆ ಮಾಡಿ ಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಪ್ರಥಮದಲ್ಲಿ ಬರುವ ಕಾಯಿಲೆ ಅಂತಹ ತೀವ್ರವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ ತನ್ನಷ್ಟಕ್ಕೆ ತಾನೇ ವಾಸಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ಯಾರಲ್ಲಿ ರೋಗ ನಿರೋಧಕತೆ ಇರುವುದಿಲ್ಲವೋ, ಯಾರಲ್ಲಿ ಶಕ್ತಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆಯೋ, ಅಂತಹವರಲ್ಲಿ ಅದು ಉಲ್ಬಣಗೊಂಡು ಕಾಯಿಲೆ ತೀವ್ರವಾಗಬಹುದು. ಕುಂದಿ ಹೋದ ಪ್ರಥಮ ಸೋಂಕು ಪುನಃ ಚಿಗುರಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಪ್ರಥಮ ಸೋಂಕು ವಾಸಿಯಾದ ಮೇಲೆ ಪುನಃ ಎರಡನೆಯ ಬಾರಿ ಸೋಂಕು ತಗುಲಬಹುದು. ಪ್ರಥಮ ಸೋಂಕು ತಗುಲಿದ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಯಾವ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳೂ ಕಾಣಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳನ್ನುಳಿದು ಬೇರೆ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ಅದರಲ್ಲೂ ಎದೆ, ಕತ್ತು ಮತ್ತು ಹೊಟ್ಟೆಯೊಳಗಿನ ಲಿಂಫ್ ಗಂಥಿಗಳಿಗೆ ಈ ರೋಗ. ತಗುಲಬಹುದು. ಪ್ರಥಮ ಸೋಂಕಿನಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ರೋಗ ತಗುಲುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಮರು ಸೋಂಕು ಲಿಂಫ್

ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ತಗುಲುವುದಿಲ್ಲ. ಎದೆಯ ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿನ ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಊದಿಕೊಂಡು ಶ್ವಾಸನಾಳ ಮತ್ತು ರಕ್ತನಾಳಗಳ ಮೇಲೆ ಒತ್ತಡವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಈ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಕರಗಬಹುದು, ಮೆದುವಾಗಬಹುದು, ಇಲ್ಲವೇ ಇವುಗಳಲ್ಲಿ ಸುಣ್ಣ ಕಟ್ಟಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಈ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಂದ ಹೊರಹೊರಟ ರೋಗಾಣುಗಳು ಲಿಂಫ್ ನಾಳಗಳ ಮೂಲಕ ರಕ್ತ ಸೇರಿ ದೇಹದ ಇತರ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಹರಡುತ್ತವೆ.

ರೋಗ ತಗುಲಿದ ಭಾಗ ತುಂಬಾ ಹಾಳಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಕೆ ಅಪಾಯ ಒದಗಬಹುದು. ಶ್ವಾಸನಾಳವನ್ನು ಸವೆಯಿಸಿ ಶ್ವಾಸನಾಳದ ಒಳಗಡೆ ರೋಗವನ್ನು ಹರಡಬಹುದು. ರಕ್ತನಾಳವನ್ನು ಸವೆಯಿಸಿಯಾಗಲಿ, ಲಿಂಫ್ ನಾಳಗಳ ಮೂಲಕ ಪ್ರಸರಿಸಿ ರಕ್ತವನ್ನು ಸೇರಿಯಾಗಲೀ ದೇಹದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಹೋಗಿ ನೆಲಸಬಹುದು. ಶ್ವಾಸಕೋಶ, ಮೂಳೆ, ಮೂತ್ರಪಿಂಡ, ಪಿತ್ತಜನಕಾಂಗ, ಮಿದುಳು ಮುಂತಾದುವುಗಳಿಗೆ ರೋಗ ಮೇಲೆ ತಿಳಿಸಿದಂತೆ ಹರಡುತ್ತವೆ. ಕ್ಷಯ ದೇಹದ ಯಾವ ಅಂಗಾಂಗಗಳಿಗಾದರೂ ತಗುಲಬಹುದು. ಕ್ಷಯ ಹೊರಗಿನಿಂದ ಬಂದದ್ದಾದರೆ ಶ್ವಾಸಕೋಶ ಮತ್ತು ಜೀರ್ಣಾಂಗಗಳ ಮೂಲಕ ನಮ್ಮ ದೇಹವನ್ನು ಸೇರಿ ರೋಗವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ನಮ್ಮ ದೇಹದ ಬೇರೆ ಯಾವ ಅಂಗಾಂಗಗಳಿಗೆ ರೋಗ ಬೇಕಾದರೂ ಮೇಲೆ ಹೇಳಿದಂತೆ ರಕ್ತಕ್ಕೆ ಸೇರಿ ಹರಡಬೇಕು.

ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಒಳಗೆ ಎರಡರಿಂದ ಮೂರು ಘ.ಸೆಂ ನಷ್ಟು ಸ್ಥಳವನ್ನು ವ್ರಣ ಆಕ್ರಮಿಸಿಕೊಂಡು ಅಲ್ಲಿಂದ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಹಿಲಿಯುದ ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ಲಿಂಫ್ ನಾಳಗಳ ಮೂಲಕ ಕಳುಹಿಸಿ ಅವುಗಳು ಊದಿಕೊಳ್ಳುವಂತೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ.

ಅದಕ್ಕೆ ಪ್ರಥಮ ಸಂಕೀರ್ಣವೆಂದು ಹೆಸರು. ಈ ಪ್ರಥಮ ಸಂಕೀರ್ಣ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಾಸಿಯಾಗಬಹುದು ಇಲ್ಲವೇ ಮಂದಗತಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗ ಮುಂದುವರಿಯಬಹುದು. ನಿಧಾನವಾಗಿ ಉಗ್ರತೆಯ ಕಡೆ ಸಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶವನ್ನು ಹಾಳು ಮಾಡಬಹುದು. ಶ್ವಾಸನಾಳ ಮತ್ತು ಶ್ವಾಸನಳಿಕೆಯನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿಯಾಗಲಿ, ಅಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿಯಾಗಲಿ ಮುಚ್ಚಿ ಅದಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಶ್ವಾಸಕೋಶದ ಭಾಗ ಕುಸಿಯಬಹುದು. ರಕ್ತನಾಳಗಳು ಸವೆದು ರಕ್ತಕ್ಕೆ ರೋಗಾಣುಗಳು ಸೇರಿಕೊಂಡು ಬಹುದೂರದವರೆಗೆ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಬಲಿಸಿ ರೋಗವನ್ನು ಹರಡಬಹುದು.

ಯಾವುದಾದರೂ ಮಗುವಿಗೆ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಾಣದಿದ್ದರೂ "ಕ್ಷ" ಕಿರಣ ಸಹಾಯಕವಾಗಿರದಿದ್ದರೂ ವಿವಿಧ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗದಿದ್ದರೆ ಟುಬಕ್ಯುಲಿನ್ ನಿಶ್ಚಿತವಾದರೆ ಕ್ಷಯ ರೋಗಕ್ಕೆ ಕೊಡುವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ಚಾಚೂ ತಪ್ಪದೆ ಕೊಡಬೇಕು.

ಶ್ವಾಸಕೋಶಕ್ಕೆ ತಗುಲಿರುವ ಕ್ಷಯರೋಗವನ್ನು ಕಂಡು ಹಿಡಿಯಬೇಕಾದರೆ, ಕಫದಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಕಾಣಬೇಕು. ಕಾಯಿಲೆಯ ಲಕ್ಷಣಗಳಿಂದ, ರೋಗಿಯೊಡನೆ ಹೊಂದಿದ್ದ ಸಂಪರ್ಕದಿಂದ ವೈದ್ಯಕೀಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ಟುಬರ್‌ಕ್ಯುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಯಿಂದ ರೋಗವನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಬಹುದು. ಮಕ್ಕಳಲ್ಲೆಲ್ಲಾ ಟುಬರ್‌ಕ್ಯುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು "ಕ್ಷ" ಕಿರಣಗಳು ತುಂಬಾ ಸಹಾಯಕವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಕಫದಲ್ಲಿ ಸತತವಾಗಿ ರೋಗಾಣುಗಳಿಗಾಗಿ ಹುಡುಕಬೇಕು. ರೋಗಿಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ ರೋಗ ಉಗ್ರವಾಗಿರಬಹುದು, ಸೌಮ್ಯವಾಗಿರಬಹುದು. ಸುಪ್ತ

ವಾಗಿರಬಹುದು ಇಲ್ಲವೇ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಾಸಿಯಾಗಿರಬಹುದು
ರೋಗದ ಮೂಲವನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯದಿದ್ದರೆ ರೋಗ ಹರಡು
ವುದನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಲಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಮನೆಯಲ್ಲಿನ ಜನಗಳ
ಇಲ್ಲವೇ ಸಂಬಂಧಿಗಳಲ್ಲಿ ಯಾರಾದರೊಬ್ಬರಿಗೆ ಅವರಿಗರಿವಿ
ದಂತೆಯೇ ಕ್ಷಯ ರೋಗವಿದ್ದರೆ ಅವರಿಂದ ಬಹುಬೇಗ ಇತರರಿ
ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಹರಡುತ್ತದೆ.

ಮನೆಯಲ್ಲಿರುವ ಪ್ರತಿಯೊಂದು ಮಗುವಿಗೂ ಟುಬರ್ಕ್ಯುಲಿನ
ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಬೇಕು. ನಿಶ್ಚಿತವಾಗಿದ್ದರೆ ಕೂಡಲೇ ಅಂತಹವ
ಎದೆಯ "ಕ್ಷ" ಕಿರಣ ಪಟವನ್ನು ತೆಗೆಯಿಸಬೇಕು. ಮನೆಯಲ್ಲಿ
ಚಿಕ್ಕ ದೊಡ್ಡವರೆಲ್ಲರನ್ನೂ ಅತಿ ಸೂಕ್ಷ್ಮವಾಗಿ ಕ್ಷಯರೋಗಕ್ಕಾ
ಪರೀಕ್ಷಿಸಬೇಕು. "ಕ್ಷ" ಕಿರಣಪಟಗಳನ್ನು ತೆಗೆಯಿಸಿ ಕ
ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಬೇಕು. ಟುಬರ್ಕ್ಯುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಬೇಕು
ಯಾರಲ್ಲಿ ರೋಗವನ್ನು ಮೊದಲನೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಕಾಲದ
ಕಂಡುಹಿಡಿಯಲು ಸಾಧ್ಯವಿಲ್ಲವೋ ಅಂತಹವರನ್ನು ಪ್ರತಿ ಆರ
ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಕ್ಷಯರೋಗಕ್ಕಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಬೇಕು. ಮ
ಯಲ್ಲಿರುವ ಯಾವ ಮುದುಕರೇ ಆಗಲಿ ಕೆಮ್ಮುತ್ತಿದ್ದರೆ, ಅವರನ್ನು
ಈ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ದೃಷ್ಟಿಯಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಪರೀಕ್ಷಿಸಬೇಕು
ಏಕೆಂದರೆ ಇಂತಹ ಮುದುಕರೇ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯ ವಾಹಕರಾಗಿರ
ತ್ತಾರೆ. ಯಾರಾದರೂ ಈ ರೋಗದಿಂದ ನರಳುವುದು ಕಂಡು
ಬಂದಕೂಡಲೆ ತಕ್ಷಣ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಬೇಕು. ರಕ್ತಕಣಗಳ
ಮಡಿಗಟ್ಟುವ ವೇಗ, "ಕ್ಷ" ಕಿರಣಗಳ ಪಟ, ಬೆಳವಣಿಗೆ ಮತ್ತು
ನಡವಳಿಕೆಗಳನ್ನು ವೀಕ್ಷಿಸಬೇಕು. ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಅವರ ಗುದನಾ
ದಲ್ಲಿ ಉಷ್ಣದ ಪರಿಮಾಣವನ್ನು ನೋಡಬೇಕು. ಬಹುಮಂ
ಮಕ್ಕಳು ಪ್ರಥಮ ಸೋಂಕಿನಿಂದ ಗುಣಹೊಂದುತ್ತಾರೆ.

ಬಾದಾಮಿಗ್ರಂಥಿ ಮತ್ತು ಕುತ್ತಿಗೆಯಲ್ಲಿರುವ ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ಕ್ಷಯರೋಗ ತಗುಲಬಹುದು. ಇದು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಾವು ಸೇವಿಸುವ ಕಾದಿಸದೆಯಿರುವ ಹಾಲಿನ ಮೂಲಕ ಬರುತ್ತದೆ. ಯಾವುದಾದರೂ ಹಸುವಿಗೆ ಕ್ಷಯರೋಗವಿದ್ದರೆ ಅದರ ಹಾಲನ್ನು ಸರಿಯಾಗಿ ಕಾಯಿಸದೆ ಕುಡಿಯುವುದರಿಂದ ರೋಗಾಣುಗಳು, ಬಾದಾಮಿಗ್ರಂಥಿಯಿಂದ ಕತ್ತಿನ ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ಹರಡಿ ರೋಗವನ್ನುಂಟು ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಕತ್ತಿನಲ್ಲಿರುವ ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳಲ್ಲಿ ಒಂದಾದರೂ ಊದಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಇಲ್ಲವೇ ಅನೇಕ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ದಪ್ಪವಾಗಬಹುದು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕತ್ತಿನ ಎರಡು ಕಡೆಯೂ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಊದಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ಒಂದು ಕಡೆ ಮಾತ್ರ ಇನ್ನೊಂದು ಕಡೆಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ದಪ್ಪನಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಮೊದಲು ಈ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿದ್ದು ಅನಂತರ ಇವುಗಳೆಲ್ಲಾ ಒಟ್ಟಿಗೆ ಸೇರಿ ಒಂದು ಗುಪ್ಪೆಯಾಗುತ್ತವಲ್ಲದೆ ಅವುಗಳ ಸುತ್ತಮುತ್ತಲಿನ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಅಂಟಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಚರ್ಮಕ್ಕೂ ಸಹ ಈ ರೋಗ ತಗುಲುತ್ತದೆ, ತೂತು ಬೀಳುತ್ತದೆ. ಈ ತೂತಿನ ಮೂಲಕ ಕೀವು ಸುರಿಯುತ್ತದೆ. ಬಗಲು ಮತ್ತು ತೊಡೆಸಂದುಗಳಲ್ಲಿರುವ ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೂ ಕ್ಷಯರೋಗ ತಗುಲಬಹುದು. ಆದರೆ ಇವುಗಳಿಗೆ ಕತ್ತಿನ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ತಗುಲುವಷ್ಟು ತಗುಲುವುದಿಲ್ಲ.

ಕರುಳಿಗೆ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಪ್ರಪ್ರಥಮವಾಗಿ ತಗಲಬಹುದು. ಇಲ್ಲವೇ ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳಿಂದಲೂ ಹರಡಬಹುದು. ಕ್ಷಯರೋಗಾಣುಗಳಿಂದ ತುಂಬಿದ ಕಫವನ್ನು ರೋಗಿಯು ಉಗುಳದೆ ನುಂಗುವುದರಿಂದ ಕರುಳಿಗೆ ಈ ರೋಗ ಬರುತ್ತದೆ.

ಹೊಟ್ಟೆಗೆ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಅಪರೂಪವಾಗಿ ತಗುಲುತ್ತದೆ.
ಮೀಸೆಂಟರಿಯ ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ಮೊಟ್ಟಮೊದಲು ದಪ್ಪವಾಗು
ತ್ತವೆ. ಪ್ರಥಮತಹ ತಗುಲುವ ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ಕರುಳಿನ
ಹುಣ್ಣು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಆ ಭಾಗಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿ
ಸಿದ ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳು ದಪ್ಪವಾಗುತ್ತವೆ. ಆದರೆ ಆ ಪ್ರಥಮ
ಕ್ಷಯರೋಗದಲ್ಲಿ ಕರುಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳೇ ಮೇಲೆದ್ದು
ಕಾಣುತ್ತವೆ. ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳು
ಕಡಮೆಯಾಗಿರುತ್ತವೆ.

ಉದರ ಪರಿವೇಷ್ಟನ ಪಟಲ (Peritoneum) ಮೂತ್ರಪಿಂಡ
ಗಳು, ಪಿತ್ತಜನಕಾಂಗ, ಗುಲ್ಮ ಮುಂತಾದುವುಗಳಿಗೆಲ್ಲಾ ಕ್ಷಯ
ರೋಗ ತಗುಲುತ್ತದೆ.

ದಿನೇ ದಿನೇ ರೋಗಿ ಕ್ಷೀಣಿಸುತ್ತಾನೆ. ಹೊಟ್ಟೆನೋವು
ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದಲ್ಲದೆ ಸ್ವಲ್ಪ ಜ್ವರ ಬರುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ವೇ
ವಾಂತಿಯಾಗುತ್ತದೆ. ದಿನೇ ದಿನೇ ಹೊಟ್ಟೆ ದಪ್ಪವಾಗುತ್ತಿರ
ತ್ತದೆ.

ಮಿದುಳು ಮತ್ತು ಅದರ ಪೊರೆಗಳಿಗೆ ಕ್ಷಯರೋಗ ತಗು
ಬಹುದು. ಮಿದುಳಿನಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಕುರುವೆದ್ದಾಗ ಮಿದುಳಿ
ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ. ಮಿದುಳುಪೊರೆಗಳಿ
ಕ್ಷಯರೋಗ ಪ್ರಪ್ರಥಮವಾಗಿ ಎಂದೂ ತಗುಲುವುದಿಲ್ಲ. ಇದ
ಚಿಕ್ಕಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಅದರಲ್ಲೂ 3 ರಿಂದ 5 ವರ್ಷದ ಮಕ್ಕಳ
ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಬರುತ್ತದೆ. ಯಾವ ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂ
ಗಳಿಗೆ ರೋಗಬರುತ್ತದೆಯೋ ಅಂತಹ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಮಿದುಳಿ
ಪೊರೆಯುರಿಯೂತ ಬರುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಪ್ರಥಮವ್ರ
ಶ್ವಾಸಕೋಶದಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ. ಕಾಯಿಲೆ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಕಾಣಿ

ಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಜ್ವರ ಬಂದರೂ ಬರಬಹುದು. ಇಲ್ಲವೇ ಬಾರದಿರಲೂ ಬಹುದು. ಮಗು ಮುಂಗೋಪಿಯಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಮಧ್ಯೆ ಮಧ್ಯೆ ಮಂಕಾಗುತ್ತದೆ. ನಿದ್ರೆ ಹಾಳಾಗುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ತಲೆನೋವು, ಹಸಿವಡಗುವಿಕೆ, ವಾಂತಿ ಮತ್ತು ಮಲಬದ್ಧತೆಗಳುಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಈ ಸ್ಥಿತಿಯನ್ನು ದಾಟಿದನಂತರ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಸೆಳೆತ ಬರುತ್ತದೆ. ಮಂಕುತನ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತಾ ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಕತ್ತು ಸೆಟೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಕೈಕಾಲುಗಳು ಮತ್ತು ಬೆನ್ನು ಬಿಗಿತುಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಮುಂದಲೆ ಉಬ್ಬಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಕಣ್ಣಿನ ಹೊರ ಮಾಂಸ ಖಂಡಗಳಿಗೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆಯಬಹುದು. ಕಣ್ಣಿನ ತಾರಕೆ ಸಣ್ಣದಾಗಿರಬಹುದು ಇಲ್ಲವೇ ಸಹಜವಾಗಿರಬಹುದು. ಮುಖ ಮತ್ತು ಕೈಗಳು ಕೆಂಪಾಗಬಹುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಬೆವರಬಹುದು. ಜ್ವರ ಸ್ವಲ್ಪ ಏರಿರುತ್ತದೆ. ಕೊನೆಗೆ ಮಗು ಮೂರ್ಛೆಹೋಗುತ್ತದೆ. ಐಚ್ಛಿಕ ಚಲನೆಗಳೆಲ್ಲವೂ ನಿಂತುಹೋಗುತ್ತವೆ. ಕಣ್ಣಿನ ತಾರಕೆ ಅಗಲವಾಗುತ್ತದೆ. ಬೆಳಕಿಗೆ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ತೋರುವುದಿಲ್ಲ. ಕಣ್ಣಿನ ಪಾರದರ್ಶಕ ತ್ವಚೆ ಇಂದ್ರಿಯ ಜನ್ಯ ಜ್ಞಾನವನ್ನು ಕಳೆದುಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ದೇಹದ ಬೇರೆ ಬೇರೆ ಭಾಗಗಳಿಗೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆಯುತ್ತದೆ ಉಸಿರಾಟ ಕ್ರಮಹೀನವಾಗುವುದಲ್ಲದೆ ಜ್ವರದ ತಾಪ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ. ಜ್ವರ 41·1° ಸೆಂ. ನಿಂದ 41-65° ಸೆಂ. ವರೆಗೂ ಏರುತ್ತದೆ. ಮೂತ್ರದಲ್ಲಿ ಸಕ್ಕರೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಜ್ಞಾನ ಪುನಃ ಬರದೆ ಕೊನೆಗೆ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಾನೆ. ಮೇಲಿನ ವಿವರಣೆ ಎಲ್ಲಾ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿಯೂ ಕಾಣಬರುವುದಿಲ್ಲ, ಅಲ್ಪಸ್ವಲ್ಪ ವ್ಯತ್ಯಾಸವಾಗಬಹುದು. ಬೆನ್ನು ಹುರಿಯಲ್ಲಿ ನೀರು ತೆಗೆಯುವುದರಿಂದ ಮಾತ್ರ ಈ ರೋಗವನ್ನು ಗುರುತಿಸಲು ಸಾಧ್ಯ

ವಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗ ಬಂದಂದಿನಿಂದ ಯಾವ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನೂ ಕೊಡದೆ ಹೋದರೆ ರೋಗಿಯು ಮೂರು ವಾರಗಳಲ್ಲಿ ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಾನೆ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಸಾವು ಬರಲು ಬಹಳ ದಿವಸಗಳು ಬೇಕಾಗಬಹುದು. ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದರೂ ಸಹ ಶೇಕಡ 10 ರಿಂದ 50ಜನ ರೋಗಿಗಳು ಸಾವನ್ನಪ್ಪುತ್ತಾರೆ. ಈ ರೋಗದಿಂದ ಬದುಕಿದವರು ಬುದ್ಧಿಹೀನರಾಗುತ್ತಾರೆ. ಕೆಲವರಿಗೆ ಕೈ ಅಥವಾ ಕಾಲುಗಳಿಗೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆದು ಸಮಾಜಕ್ಕೆ ಮತ್ತು ತಂದೆತಾಯಿಗಳಿಗೆ ಇಳಿಸಲಾಗದ ಹೊರೆಯಾಗುತ್ತಾರೆ.

ಮುಂಜಾಗ್ರತೆಯ ಕ್ರಮಗಳು

ರೋಗಿಯೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕವನ್ನು ತೊರೆಯುವುದೇ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಮುಖ್ಯವಾದ ವಿಧಾನ. ದೇಹವನ್ನು ದೃಢಕಾಯುವಾಗಿಟ್ಟುಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ, ನಿಶ್ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದರಿಂದ, ದೇಹವನ್ನು ನಶಿಸುವಂತಹ ಕಾಯಿಲೆಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವುದರಿಂದ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ.

ಮೊಟ್ಟಮೊದಲನೆಯದಾಗಿ ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಯನ್ನು ಗುರುತಿಸಬೇಕು. ಅನಂತರ ಅವರಿಗೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಿಸಿ ರೋಗ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ವಾಸಿಯಾಗುವಂತೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಅರೆ ಬರೆ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಪಡೆದ ರೋಗಿಗಳು ಸಮಾಜಕ್ಕೆ ತುಂಬಾ ಅಪಾಯಕಾರಿಗಳಾಗಿರುತ್ತಾರೆ. ತಾವು ರೋಗದಿಂದ ನರಳಿ ಗತಿಸುವುದಲ್ಲದೆ ಗತಿಸುವ ಮುನ್ನ ಸಾವಿರಾರು ಜನ ಆರೋಗ್ಯವಂತರಿಗೆ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಹರಡಿ, ಹಂಚಿ, ಅವರನ್ನು ರೋಗಿಗಳನ್ನಾಗಿ ಮಾಡಿ ಮರಳುತ್ತಾರೆ. ಕಾಯಿಲೆಗೆ ಔಷಧವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಿರುವೆನೆಂದು ತಿಳಿದು ಇತರರೊಡನೆ ಧಾರಾಳವಾಗಿ ಸೇರು

ತ್ತಾರೆ. ಇತರರಿಗೆ ಅವನಲ್ಲಿ ಯಾವ ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳೂ ಕಾಣಬರದಿರುವುದರಿಂದ ಮಿಲನ ಹೊಂದಿ ರೋಗವನ್ನು ಅಂಟಿಕೊಳ್ಳುತ್ತಾರೆ.

ಮನೆಯಲ್ಲಿರುವ ವಯಸ್ಕರನ್ನು ಈ ಕಾಯಿಲೆಗಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಬೇಕು. ಹೀಗೆ ಮಾಡುವುದರಿಂದ ಕಿರಿಯ ಮಕ್ಕಳು ಈ ಕಾಯಿಲೆಗೆ ತುತ್ತಾಗುವುದನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಬಹುದು. ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಿಗೂ ಟ್ಯೂಬರ್ಕ್ಯುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿ ಉಚಿತವಾದವರಿಗೆ 'ಕ್ಷ' ಕಿರಣ ಪಟವನ್ನು ತೆಗೆಯಬೇಕು.

ಕ್ಷಯ ರೋಗಿಗಳು ಹಳ್ಳಿಗಳಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಪಟ್ಟಣಗಳಲ್ಲಿರುತ್ತಾರೆ. ಕಲ್ಲಿದ್ದಲು ಗಣಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಕೂಲಿಕಾರರಿಗೆ ಕ್ಷಯರೋಗ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ತಗುಲುತ್ತದೆ. ಗಣಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವಾಗ ಈ ಕೆಲಸಗಾರರು ದೂಳನ್ನು ಏಕಪ್ರಕಾರವಾಗಿ ಶ್ವಾಸಕೋಶಗಳೊಳಕ್ಕೆ ಎಳೆದುಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಇವರಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿ ಕ್ಷಯ ರೋಗಾಣುಗಳು ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದಲು ಸಹಾಯಕವಾಗುತ್ತವೆ. ಬಡತನ, ಅಹಿತ ವಾತಾವರಣ, ನಿಸ್ಸತ್ವ, ಆಹಾರ ಸೇವನೆ, ಅಧಿಕ ಜನಸಾಂದ್ರತೆಯಿರುವ ಕೂಲಿಕಾರರು, ಕಾರ್ಖಾನೆ ಕೆಲಸಗಾರರು ವಾಸಿಸುವ ಅನಾರೋಗ್ಯಕರವಾದ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯ ರೋಗದ ರೋಗಾಣುಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಒಂದು ಮನೆಯಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬ ರೋಗಿಯಿದ್ದರೆ ಅವನಿಂದ ಇತರರಿಗೆ ಸುಲಭವಾಗಿ ಈ ರೋಗ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಜನ ಜಂಗುಳಿ ಹೆಚ್ಚಾದ ಪಟ್ಟಣಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದರಿಂದ ಜನಜಂಗುಳಿಯನ್ನು ತಪ್ಪಿಸಬೇಕು. ಗಣಿಗಳಲ್ಲಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವವರಿಗೆ ತಕ್ಕ ರಕ್ಷಣೆ ನೀಡಬೇಕು.

ಗಾಳಿ ಬೆಳಕುಗಳಿರತಕ್ಕ ಮನೆಯಲ್ಲಿ ವಾಸ ಮಾಡಬೇಕು.
ಕ್ಷಯರೋಗದಿಂದ ನರಳದ ಹಸುಗಳ ಹಾಲನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸ
ಬೇಕು. ಹಾಲು ಎಲ್ಲಿಂದ ಬಂದರೂ ಅದನ್ನು ಕಾಯಿಸಿ ಉಪ
ಯೋಗಿಸಬೇಕು. ಕ್ಷಯ ರೋಗದಿಂದ ನರಳುವ ಹಸುಗಳನ್ನು
ನಾಶ ಪಡಿಸಬೇಕು. ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ. ಲಸಿಕೆಯಿಂದ ಕ್ಷಯ ರೋಗ
ವನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು.

ರೋಗಿಯು ತನ್ನೊಡನೆ, ತನ್ನ ಅಥವಾ ಇತರೆ ಸಂಬಂಧಿಕರ
ಮಕ್ಕಳನ್ನು ಕೂಡಿಸಿ ಕೊಂಡು ಊಟ ಮಾಡಬಾರದು. ಕೆಮ್ಮು
ವಾಗ ರೋಗಿಯು ಬಾಯಿಯನ್ನು ಬಟ್ಟೆಯಿಂದ ಮುಚ್ಚಿಕೊಂಡು
ಕೆಮ್ಮಬೇಕು. ರೋಗಿಯು ತನ್ನ ಕಫವನ್ನು ಎಲ್ಲಿ ಬೇಕಾದರಲ್ಲಿ
ಉಗುಳಬಾರದು.

ಜನತೆಯ ಸಾಮಾಜಿಕ ಮತ್ತು ಆರ್ಥಿಕ ಸ್ಥಿತಿಗತಿಗಳನ್ನು
ಉತ್ತಮ ಪಡಿಸಬೇಕು. ಗಾಳಿ ಬೆಳಕು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಬರುವಂತ
ಮನೆಗಳನ್ನು ಕಟ್ಟಿಸಿಕೊಂಡು ವಾಸ ಮಾಡಬೇಕು. ಜನ
ಸಾಂದ್ರತೆಯನ್ನು ಕಡಮೆ ಮಾಡಬೇಕು. ಪೋಷಣೆ ಚೆನ್ನಾಗಿ
ಬೇಕು.

ರೋಗಿಯಲ್ಲಿನ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಅತಿ ಬೇಗ ಗುರುತಿಸಿ ಸ
ಯಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಆತನಿಂದ ಇತರರಿಗೆ ಕಾಯಿ
ಹರಡದಂತೆ ನೋಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ದೇಹದ ಪ್ರತಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ
ಯನ್ನು ಹೆಚ್ಚಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಕಾಯಿಲೆಯಿಂದ ನರಳಿದ ರೋ
ಗಳಿಗೆ ಪುನರ್ವಸತಿಯನ್ನು ಮಾಡಿಕೊಡಬೇಕು. ಇವೆಲ್ಲದ
ಜೊತೆಗೆ ಸಾರ್ವಜನಿಕರಿಗೆ ಕಾಯಿಲೆಯ ವಿಷಯವಾಗಿ ವಿಶ
ವಾಗಿ ತಿಳುವಳಿಕೆಯನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬೇಕು.

ರೋಗಿಯೊಡನೆ ಸಂಪರ್ಕ ಹೊಂದಿದವರೆಲ್ಲರನ್ನೂ ಈ ಕಾಯಿಲೆಗಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಬೇಕು. ಪ್ರತಿ ನಾಗರೀಕನನ್ನು 'ಕ್ಷ' ಕಿರಣಗಳ ಸಹಾಯದಿಂದ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿ ಅನುಮಾನಾಸ್ಪದವಾದವರನ್ನು ವಿವರವಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಬೇಕು. ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರಿಗೂ ಟ್ಯುಬರ್ಕ್ಯುಲಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿ, ಅವಶ್ಯವರಿಗೆ ಬಿ.ಸಿ.ಜಿ. ಲಸಿಕೆ ಕೊಡಬೇಕು ಕ್ಷಯ ರೋಗದ ಅಣು ಮತ್ತು ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ನಾಶಪಡಿಸಬೇಕು. ಕಫ ಮತ್ತು ಇತರೆ ವಿಸರ್ಜಿಸಲ್ಪಟ್ಟ ವಸ್ತುಗಳನ್ನು ಯಾವ ರೀತಿ ಹೊರಗೆ ಹಾಕಿಸಬೇಕು ಮತ್ತು ಅವುಗಳಿಂದ ಹೇಗೆ ರೋಗ ಹರಡದಂತೆ ಮಾಡಬೇಕೆಂಬುದನ್ನು ರೋಗಿಗೆ ವಿವರಿಸಬೇಕು.

ಆರೋಗ್ಯಕರವಾದ ಅಭ್ಯಾಸಗಳನ್ನು ಸದಾ ಮಾಡಬೇಕು. ಮನೆಯನ್ನೂ ದೇಹವನ್ನೂ ಚೊಕ್ಕಟವಾಗಿಟ್ಟುಕೊಂಡಿರಬೇಕು ನಿಯಮ ಪ್ರಕಾರ ಜೀವನ ಸಾಗಿಸಬೇಕು. ಅತಿಯಾಗಿ ಯಾವುದನ್ನೂ ಉಪಯೋಗಿಸಬಾರದು. ಸಮತೋಲನ ಆಹಾರ ಸೇವನೆ, ಸಾಕಷ್ಟು ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಮತ್ತು ನಿದ್ರೆ ಅತ್ಯಾವಶ್ಯಕ. ಮಿದುಳಿಗೆ ಅತಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ಕೊಡಬಾರದು. ಅದರಲ್ಲೂ ಕೆಲಸಕ್ಕೆ ಬಾರದ ಪರಿಹರಿಸಲಾಗದ ಯೋಚನೆಗಳಿಗೆ ಎಡೆಕೊಡಕೂಡದು. ಶಕ್ತಿ ಕುಂದುವಂತಹ ಕೆಲಸಗಳನ್ನು ಮಾಡಬಾರದು. ಪ್ರತಿಯೊಬ್ಬರೂ ಪ್ರತಿ ವರ್ಷ ಎದೆಯ "ಕ್ಷ" ಕಿರಣ ಚಿತ್ರವನ್ನು ತೆಗೆಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಜ್ವರ, ಕೆಮ್ಮು, ಕಾರಣವರಿಯದ ನಿಶ್ಶಕ್ತಿ ತೂಕ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವದು. ದೇಹಾಲಸ್ಯಗಳು ಕಂಡುಬಂದಲ್ಲಿ ಕೂಡಲೆ ವೈದ್ಯರಲ್ಲಿಗೆ ಹೋಗಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮಾಡಿಸಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ರೋಗಿಯು ಜೀವಿಸುವವರಿಂದ ಬೇರ್ಪಟ್ಟು ಯಾವಾಗಲೂ ಹಾಸಿಗೆಯಲ್ಲಿಯೇ ಮಲಗಿರಬೇಕು. ಯಾವಾಗಲೂ ಒಳ್ಳೆಯ ಭವಿಷ್ಯವನ್ನೇ ಯೋಚಿಸಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಬೇಕು. ಒಳ್ಳೆಯ ಗಾಳಿ

ಮತ್ತು ಹೊಂಬಿಸಿಲುಗಳು ಅತ್ಯಾವಶ್ಯಕವಾದವುಗಳಲ್ಲದಿದ್ದರೂ ಮಕ್ಕಳು ಉತ್ಸಾಹವಾಗಿರಲಿಕ್ಕೂ, ಸಂತೋಷವಾಗಿರಲಿಕ್ಕೂ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತವೆ.

ಮಕ್ಕಳಲ್ಲಿ ಯಾರಿಗೆ ಸಂಜೆಯ ಕಾಲದಲ್ಲಿ ಜ್ವರ ಬರುತ್ತದೆಯೋ, ದೌರ್ಬಲ್ಯ, ತೂಕ ಕಡಿಮೆಯಾಗುವಿಕೆ, ರಕ್ತಹೀನತೆಗಳಿರುತ್ತವೆಯೋ ಅಂತಹವರನ್ನು ಕೂಡಲೆ ವಿವರವಾದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಗೆ ಗುರಿಮಾಡಿ ಸರಿಯಾದ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ನೀಡಬೇಕು.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ರೋಗಿಗೆ ಒಳ್ಳೆಯ ಆಹಾರವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಅದರಲ್ಲಿ ಸಸಾರಜನಕ ವಸ್ತುಗಳು, ಜೀವಸತ್ವಗಳು ಮತ್ತು ಲೋಹಾಂಶಗಳು ಹೆಚ್ಚಾಗಿರಬೇಕು. ಒಳ್ಳೆಯ ಹಾಲು, ಹಣ್ಣುಗಳು ಮತ್ತು ತರಕಾರಿಗಳನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಸೇವಿಸಬೇಕು. ರೋಗಿಗೆ ಮಾನಸಿಕ ಮತ್ತು ದೈಹಿಕ ವಿಶ್ರಾಂತಿ ಅತ್ಯಾವಶ್ಯಕ.

ಮೂರು ಅಥವಾ ನಾಲ್ಕು ವರ್ಷ ವಯಸ್ಸಿನ ಟ್ಯುಬರ್ಕ್ಯುಲಿನ್ ನಿಶ್ಚಿತ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಐ. ಎನ್. ಹೆಚ್. ಕೊಡಬೇಕು. ಈ ಮಕ್ಕಳಿಗೆ ಒಂದು ದಿನಕ್ಕೆ ಪ್ರತಿ ಕಿಲೋ ಗ್ರಾಂ ದೇಹದ ತೂಕಕ್ಕೆ 10 ರಿಂದ 20 ಮಿಲಿಗ್ರಾಂನಂತೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಹೀಗೆ ಒಂದು ವರ್ಷವಾದರೂ ಕೊಡಬೇಕು.

ಕ್ಷಯರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಔಷಧಗಳಲ್ಲಿ ಐ.ಎನ್.ಹೆಚ್. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ಪಿ.ಎ.ಎಸ್.ಗಳು ಮುಖ್ಯವಾದವುಗಳಾಗಿವೆ. ಕಾಯಿಲೆ ಉಗ್ರವಾಗಿರುವಾಗ ನಾವೆ ಕಾಳು ಕ್ಷಯರೋಗ, ಮಿದುಳಿನ ಪೊರೆಯುರಿಯೂತ, ಮಿದುಳಿನ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಕುರು ಇವುಗಳಿಗೆಲ್ಲಾ ಯಾವುದಾದರೂ ಎರಡು ಔಷಧಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟಿಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕು.

ಸ್ಯಾನೋಕ್ರೈಸಿನ್ ಪ್ರೋಮಿನ್, ಪ್ರೋಮಿಜೋಲ್‌ಗಳನ್ನು ಈಗ ಯಾರೂ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ನಿಯೋಮೈಸಿನ್ ಮತ್ತು ವಯೋಮೈಸಿನ್‌ಗಳು ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳಿಗೆ ಅಪಾಯವನ್ನುಂಟುಮಾಡುವುದರಿಂದ ಮನುಷ್ಯರಿಗೆ ಇವುಗಳನ್ನು ಕೊಡುವುದಿಲ್ಲ.

ಕಾನಾಮೈಸಿನ್. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ನಂತೆ ಉಪಯೋಗಕಾರಕ ಔಷಧವಾಗಿದೆ. ಇದನ್ನು ಬೆಳಿಗ್ಗೆ ಒಂದು ಗ್ರಾಂ, ಸಂಜೆ ಒಂದು ಗ್ರಾಂ ನಂತೆ ವಾರಕ್ಕೆ ಎರಡು ದಿವಸ ಕೊಡುತ್ತಾರೆ. ಇದನ್ನು ಬಹಳ ಕಾಲದವರೆಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಿದರೆ ಕಿವುಡುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್ ಪ್ರತಿರೋಧಕ ರೋಗಾಣುಗಳು ಉತ್ಪತ್ತಿಯಾದರೆ ಅಂತಹ ವೇಳೆಯಲ್ಲಿ ಕಾನಾಮೈಸಿನ್ ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದು. ಪೈರಾಜಿನಮೈಡ್ ಔಷಧವನ್ನು ಪಿ.ಎ.ಎಸ್. ಮತ್ತು ಐ.ಎನ್.ಹೆಚ್. ಗಳೊಡನೆ ಕೊಡಬಹುದು. ಈ ಔಷಧವನ್ನು ತೆಗೆದುಕೊಂಡಾಗ ಪಿತ್ತಜನಕಾಂಗಕ್ಕೆ ತೊಂದರೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಕೀಲುನೋವು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ರಕ್ತದ ಒತ್ತಡ ಕಡಿಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಅದರಲ್ಲೂ ಬಿಸಿಲು ಬೀಳುವ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ವರ್ಣದ್ರವ್ಯ ಹೆಚ್ಚಾಗುತ್ತದೆ.

ಸೈಕ್ಲೋಸೆರಿನ್ ಔಷಧ ಕ್ಷಯರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದಿದೆ. ಇದನ್ನು ಸೇವಿಸಿದಾಗ ರೋಗಿ ಮಂಕಾಗುತ್ತಾನೆ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಸೆಳವು ಸಿಕ್ಕುಗಳುಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಬುದ್ಧಿ ಭ್ರಮಣೆ ಮುಂಗೋಪತನಗಳುಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ರೋಗಿ ಸಿಡಿಮಿಡಿಗೊಳ್ಳುವುದಲ್ಲದೆ ರೊಚ್ಚಿಗೇಳುತ್ತಾನೆ. ಇದನ್ನು ಓಡಾಡುವ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕೊಡಬಾರದು.

ಥಯಾಸಿಟೆಜೋನ್ ಉಪಯೋಗಿಸಿದಾಗ ಕೆಲವರಿಗೆ ಪಿತ್ತ ಜನಕಾಂಗ, ರಕ್ತಕಣಗಳು, ಮತ್ತು ಚರ್ಮದ ಮೇಲೆ ಸ್ವಲ್ಪ ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳುಂಟಾಗುತ್ತವೆ.

ಇಥಿಯೋನ್ ಮೈಡ್ ಉಪಯೋಗಿಸಿದಾಗ ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಪಿತ್ತಜನಕಾಂಗ, ಹೊಟ್ಟೆ, ಕರುಳಿಗೆ ತೊಂದರೆಯಾಗುವುದಲ್ಲದೆ ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಮಾನಸಿಕ ತೊಂದರೆಗಳುಂಟಾಗುತ್ತವೆ.

ಇಂಥಾಂಬುಟಾಲ್ ಉಪಯೋಗದಿಂದ ಕಣ್ಣಿಗೆ ತೊಂದರೆ ಯುಂಟಾಗಿ ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಕ್ಷಣಿಕ ಕುರುಡೂ ಉಂಟಾಗುತ್ತದೆ.

ರೈಫಾಮ್‌ಪೈಸಿನ್ ಔಷಧವನ್ನು ಐ. ಎನ್. ಹೆಚ್. ಸಂಗಡ ಕೊಡುತ್ತಾರೆ. ಈ ಎರಡು ಔಷಧಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟಿಗೆ ಕೊಡುವುದ ರಿಂದ ತುಂಬಾ ಒಳ್ಳೆಯ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ದೊರೆಯುತ್ತವೆ.

ಕ್ಷಯರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಟೆರ್ರಾಮೈಸಿನ್ ಉಪಯೋಗಿ ದರೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಐದು ಗ್ರಾಂಗಳಷ್ಟನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಇಷ್ಟು ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚು ದಿವಸ ಕೊಟ್ಟರೆ ದೇಹದ ಮೇಲೆ ಅನೇಕ ಕೆಟ್ಟ ಪರಿಣಾಮಗಳುಂಟಾಗುವುದರಿಂದ ಈ ಔಷಧವನ್ನು ಯಾರೂ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸುವುದಿಲ್ಲ

ಕ್ಷಯರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಔಷಧಗಳ ಪಟ್ಟಿಗೆ ಐಪ್ರೋನಿಯಜಿಡ್, ಸೂಪಾನಲ್, ಥೈಸೆಟಿಕ್, ಪಿ ಮೈಡ್, ಥಯಾಸೋನ್, ಮಾರ್ಫಾಜಿನ ಮೈಡ್‌ಗಳೂ ಸೇರಿವೆ ಮಾರ್ಫಾಜಿನ ಮೈಡನ್ನು ದಿನಕ್ಕೆ 2 ರಿಂದ 3 ಗ್ರಾಂಗಳವರೆ ಕೊಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಅವಶ್ಯಕತೆಗನುಗುಣವಾಗಿ ಕ್ಷಯರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕಾರ್ಟಿಸೋನ ಕೊಡಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಗೆ ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಶಸ್ತ್ರ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯನ್ನು ನಡೆಸಬೇಕಾಗುತ್ತದೆ.

ಔಷಧಗಳು	ಪ್ರತಿ ಕೆ.ಜಿ. ದೇಹದ ತೂಕಕ್ಕೆ ಒಂದು ದಿನಕ್ಕೆ ಮಿಲಿಗ್ರಾಂಗಳಲ್ಲಿ
ಪಿ.ಎ.ಎಸ್.	200
ಐ.ಎನ್.ಹೆಚ್.	5-10
ಸ್ಟ್ರೆಪ್ಟೋಮೈಸಿನ್	20
ಥಯಸಿಟ ಜೋನ್	3
ಇತಿಯೋನ ಮೈಡ್	15
ಸೈಕ್ಲೋಸೆರಿನ್	25
ಪೈರಾಜಿನ ಮೈಡ್	30-50
ವಯೋಮೈಸಿನ್	20
ಇತಾಂಬುಟಾಲ್	25 ಮಿಲಿಗ್ರಾಂ
ರೈಫಾಮಪ್ ಸೈಸಿನ್	450-600 ಒಬ್ಬರಿಗೆ ಒಂದು ದಿನಕ್ಕೆ

ಯಾವ ಔಷಧವನ್ನು ಯಾರಿಗೆ, ಯಾವಾಗ, ಎಲ್ಲಿಯವರೆಗೆ, ಎಷ್ಟು ಕೊಡಬೇಕು, ಯಾವ ಯಾವ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಒಟ್ಟಿಗೆ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕೆಂಬ ವಿಷಯಗಳನ್ನು ಪರಿಣಿತರ ನಿರ್ಧಾರಕ್ಕೆ ಬಿಡುವುದು ಕ್ಷೇಮ.

ಈ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಮಾನವನು ಗುರುತಿಸಿದ ದಿನದಿಂದ ಔಷಧವನ್ನು ಕೊಡುತ್ತಲೇ ಬಂದಿದ್ದಾನೆ. ಅಂದಿನಿಂದ ಇಂದಿನವರೆಗೆ ಅನೇಕ ವಿಧವಾದ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಿದರೂ ಸಹ ಈ ಔಷಧಗಳ ಗುಂಪಿಗೆ ಇನ್ನೂ ಹೊಸ ಔಷಧಗಳ ಸೇರ್ಪಡೆ ನಡೆಯುತ್ತಲೇ ಇದೆ. ಹೊಸ ಔಷಧಗಳ ಸೇರ್ಪಡೆ ಇನ್ನಿಲ್ಲ ಎಂದು ಹೇಳುವ ಸಾಹಸಕ್ಕೆ ಯಾರೂ ಕೈ ಹಾಕಲಾರರು.

ಕುಷ್ಠರೋಗ

ರೂಪರೇಖೆ

ಕುಷ್ಠರೋಗ ದೀರ್ಘಕಾಲವಿರುವ ಒಂದು ಸೋಂಕು ರೋಗ. ಈ ರೋಗಕ್ಕೆ ಕುಷ್ಠದ ಲೆಪ್ರೆ ದಂಡಾಣು (Mycobacterium Leprae) ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಈ ಕಾಯಿಲೆಯ ಪರಿಪಕ್ವ ಕಾಲ ಆರು ತಿಂಗಳುಗಳಿಂದ ಇಪ್ಪತ್ತು ವರ್ಷಗಳವರೆಗಿರುತ್ತದೆ. ಇದು ಮುಖ್ಯವಾಗಿ ಚರ್ಮಕ್ಕೆ ತಗುಲುತ್ತದೆ. ಇದು ಹೊರಮೈ ನರಗಳಿಗೂ ತಗುಲುತ್ತದೆ. ಈ ರೋಗ ನಾಗರೀಕತೆಯ ಇಲ್ಲವೇ ಕೈಗಾರಿಕೀಕರಣದ ವ್ಯಾಧಿಯಲ್ಲ. ಇದೊಂದು ಮಾನವನಿಗೆ ಬರ ಬಹುದಾದ ಅತ್ಯಂತ ಹಳೆಯ ಕಾಯಿಲೆಯಾಗಿದೆ. ಬಹುಶಃ ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗ ಭಾರತ, ಆಫ್ರಿಕ, ಮತ್ತು ಚೀನಾ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಬೀಡು ಬಿಟ್ಟಿರಬೇಕು. ಕ್ರಿ.ಪೂ. 600 ರಲ್ಲಿ ಬರೆದ ಸುಶ್ರುತ ಸಂಹಿತೆಯಲ್ಲಿ ಈ ರೋಗದ ವಿವರಣೆಯಿದೆ.

ರೋಗ ಬಾಹುಳ್ಯ

ಮಧ್ಯ ಆಫ್ರಿಕ, ಸುರಿನಾಮ್, ಫ್ರೆಂಚ್ ಗಯಾನ, ಬರ್ಮ ಮತ್ತು ನ್ಯೂಗಿನಿಯ ಕೆಲವು ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಅಧಿಕ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಈ ರೋಗ ಶೀತವಲಯದ ದೇಶಗಳಲ್ಲಿ ಉತ್ತರ ಮತ್ತು ದಕ್ಷಿಣ ಧ್ರುವಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಮರು ಭೂಮಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಇಂದು ಪ್ರಪಂಚದಲ್ಲಿ 15 ದಶಲಕ್ಷ ರೋಗಿಗಳಿದ್ದಾರೆ. ಇವರಲ್ಲಿ 2.5 ದಶಲಕ್ಷ ರೋಗಿಗಳು ಭಾರತದಲ್ಲಿಯೇ ಇದ್ದಾರೆ. ಪ್ರಪಂಚದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಆರು ಜನರಲ್ಲಿ ಒಬ್ಬರಂತೆ ಭಾರತದ ತುಂಬಾ ಹರಡಿ ಹೋಗಿದ್ದಾರೆ. ವಿಶಾಲವಾದ ತಳಹದಿಯನ್ನಾಧರಿಸಿ ಮಾತನಾಡಿದರೆ

ಭಾರತದಲ್ಲಿ ದಕ್ಷಿಣ ಮತ್ತು ಪೂರ್ವದ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಅಧಿಕ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿಯೂ, ಉತ್ತರ ಮತ್ತು ಪಶ್ಚಿಮದ ಭಾಗಗಳಲ್ಲಿ ಕಡಮೆ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿಯೂ ಕಾಣಬರುತ್ತದೆ. ಮದ್ರಾಸ್ ರಾಜ್ಯದಲ್ಲಿಯೇ ಭಾರತದಲ್ಲಿರುವ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಮೂರನೆಯ ಒಂದು ಭಾಗದ ರೋಗಿಗಳಿದ್ದಾರೆ.

ಕಾರಣ

ಮಾನವನ ಕುಷ್ಠರೋಗಕ್ಕೆ ಕುಷ್ಠದ ಶಿಲೀಂಧ್ರ ದಂಡಾಣು ಕಾರಣವಾಗಿದೆ. ಮಾನವನೊಬ್ಬನೇ ಈ ರೋಗದ ಮೂಲವಾಗಿದ್ದಾನೆ. ಈ ರೋಗ ಹರಡಬೇಕಾದರೆ ರೋಗಿಯೊಡನೆ ದೀರ್ಘಕಾಲದ ನಿಕಟ ಸಂಪರ್ಕ ಅತ್ಯಾವಶ್ಯಕ. ಆದರೆ ಕೆಲವರಲ್ಲಿ ಕಡಮೆ ಕಾಲದ ಸಂಪರ್ಕ ವಿದ್ದಾಗಲೂ ಈ ರೋಗ ಕಾಣಬರುತ್ತದೆ. ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಗಡ್ಡೆಗಳಿರುವ ರೋಗಿಗಳಿಂದ ಈ ರೋಗ 4 ರಿಂದ 11 ಬಾರಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಈ ಸೋಂಕು ಚರ್ಮದ ಮೂಲಕ ಬರುತ್ತದೆ. ಪೆಡ್ಲಲ್ ಮತ್ತು ಪಾಮರ್ ಪ್ರಕಾರ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ದಂಡಾಣು ಮೇಲುಸಿರಾಂಗಗಳ ಮೂಲಕ, ಕರುಳಿನ ಮೂಲಕ ಮತ್ತು ರಕ್ತದ ಮೂಲಕ ದೇಹದ ತುಂಬಾ ಹರಡುತ್ತದೆ. ಪರೋಕ್ಷವಾಗಿ ರೋಗಿಯು ತೊಟ್ಟ ಬಟ್ಟೆಗಳನ್ನು ತೊಡುವುದರಿಂದ ಇಲ್ಲವೇ ರೋಗಿಯು ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಸಾಮಾನುಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸುವುದರಿಂದ ಈ ರೋಗ ಬರುತ್ತದೆ. ಕುಷ್ಠರೋಗ ವಂಶ ಪಾರಂಪರ್ಯವಾಗಿ ಬರುವ ಕಾಯಿಲೆಯಲ್ಲ. ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಯಾವ ವಯಸ್ಸಿನವರಿಗಾದರೂ ಬರಬಹುದು. ಹೆಂಗಸರಿಗಿಂತ ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಗಂಡಸರಿಗೆ ಈ ಸೋಂಕು ಬರುತ್ತದೆ. ರಕ್ತದ ಯಾವ ಗುಂಪಿಗೂ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಒಲವು ತೋರಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಹರಡಲು ಆಹಾರ ಮತ್ತು ವಾಯು

ಗುಣಗಳು ಮುಖ್ಯವಾದ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅಧಿಕ ಜನ ಸಂಖ್ಯೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಜನ ಸಾಂದ್ರತೆ ಮತ್ತು ಅತೃಪ್ತಿಕರವಾದ ಮನೆ ಈ ರೋಗ ಹರಡಲು ಮಹತ್ತರ ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತವೆ. ಈ ರೋಗ ಹರಡಲು ರೋಗವನ್ನು ಹರಡುವವನ ಸಾಮರ್ಥ್ಯ ಸುಲಭ ಸಂವೇದಿನಿ ರೋಗಗ್ರಾಹಿ, ರೋಗಿ ಮತ್ತು ರೋಗಗ್ರಾಹಿಗಳ ಹತ್ತಿರ ಸಂಬಂಧ ಮತ್ತು ಅವರು ಎಷ್ಟು ಸಾರಿ ಸ್ಪರ್ಶಿಸುತ್ತಾರೆಂಬುದನ್ನು ಅವಲಂಬಿಸಿರುತ್ತದೆ.

ವರ್ಗೀಕರಣ (Classification)

ಈ ಕಾಯಿಲೆಯ ವರ್ಗೀಕರಣ ಅನೇಕ ವರ್ಷಗಳಿಂದ ವಿವಾದಾಸ್ಪದವಾಗಿಯೇ ನಡೆದು ಕೊಂಡು ಬಂದಿದೆ. ಇನ್ನೂ ಒಮ್ಮತದ ವರ್ಗೀಕರಣ ನಡೆದಿಲ್ಲ, ಇನ್ನೂ ನಡೆಯಬೇಕಾಗಿದೆ. ಮೊಟ್ಟ ಮೊದಲನೆಯವನಾಗಿ ಸುಶ್ರುತ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯ ವರ್ಗೀಕರಣ ನಡೆಸಿದನು. "ಅರುಣ್ ಕುಷ್ಠ" ಇದು ಬಹುಶಃ ಗಂಟು ಕುಷ್ಠವನ್ನೇ ಗಮನದಲ್ಲಿಟ್ಟುಕೊಂಡು ಬರೆದಿರಬೇಕು. "ವಿಸ್ಫೋರಕ್ತ" ಇದು ಬಹುಶಃ ಬಹುನರಗಳ ಉರಿಯೂತದ ಕುಷ್ಠರೋಗವೆಂದು ವಿಂಗಡಿಸಿದ್ದಾನೆ. ಈ ವರ್ಗೀಕರಣವನ್ನು ಸುಶ್ರುತ ಸಂಹಿತೆಯೊಳಗೆ ಕಾಣಬಹುದು.

ಭಾರತೀಯ ಕುಷ್ಠರೋಗ ತಜ್ಞರ ಸಂಘದ ಎರಡು ವರ್ಷಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ನಡೆಯುವ ಅಧಿವೇಶನ, ಕ್ರಿ.ಶ. 1955ರಲ್ಲಿ ಜಂಷಡ್‌ಪುರದಲ್ಲಿ ಸೇರಿದ್ದಾಗ ಈ ರೋಗವನ್ನು ಆರು ವರ್ಗಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಿದರು. ಗಂತಿಯಂತಹ ಕ್ಷಯಗಂತಿಯಂಥ ಅರಿವಳಿದ ಮಚ್ಚೆಯಂಥ, ಬಹುನರದುರಿಯೂತದ, ಮಧ್ಯಮ ಸ್ಥಿತಿಯ ಮತ್ತು ಅನಿರ್ದಿಷ್ಟವೆಂದು ಆರು ವರ್ಗಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಿದರು. ಮತ್ತು ಇವುಗಳನ್ನು ಪುನಃ ಮೂರು ಗುಂಪುಗಳಾಗಿ ಮಾಡಿದರು.

1 ಗಂಟಿಯ ಗುಂಪು (Lepromatous)

2 ಗಂಟಿರಹಿತ ಗುಂಪು (Non Lepromatous)

3 ಮಧ್ಯವರ್ತಿಗುಂಪು (Intermediate)

ಗಂಟಿಯುಂತಹ ಕುಷ್ಠರೋಗವನ್ನು ಗಂಟಿಯ ಗುಂಪಿಗೂ, ಅರಿವಳಿದ ಮಚ್ಚೆ, ಕ್ಷಯರೋಗದ ಗಂಟಿಯುಂತಹ ಮತ್ತು ಬಹು ನರದುರಿಯುಂತಹ ವರ್ಗಗಳನ್ನು ಗಂಟಿರಹಿತ ಗುಂಪಿಗೂ, ಮಧ್ಯಮ ಮತ್ತು ಅನಿರ್ದಿಷ್ಟ ವರ್ಗಗಳ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಮಧ್ಯವರ್ತಿ ಗುಂಪಿಗೂ ಸೇರಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಭಾರತದ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯ ವರ್ಗೀಕರಣ, ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ಮತ್ತು ರೋಗಾಣುಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆಯ ಆಧಾರದ ಮೇಲೆ ರೂಪಿತವಾಗಿದೆ. ಈ ವರ್ಗೀಕರಣ ಭಾರತದ ಸಕ್ರಿಯ ಕೆಲಸಗಾರರಿಗೆ ಅನುಕೂಲಕರವಾಗಿದೆ.

ಕುಷ್ಠವ್ರಣದ ಬೆಳವಣಿಗೆ

ಗಮನಾರ್ಹವಾದ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಜನಗಳು ಅವರಲ್ಲೂ ಮಕ್ಕಳು ಕುಷ್ಠರೋಗದಿಂದ ನರಳುತ್ತಿರುವ ತಂದೆ ತಾಯಿಗಳೊಡನೆ ಜೀವಿಸುತ್ತಿರುವಾಗ ಇವರ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ರೋಗಾಣುಗಳು ನೆಲೆಸುತ್ತವೆ. ಆಗ ಯಾವ ವಿಧವಾದ ಲಕ್ಷಣಗಳೂ ಕಾಣಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಇದನ್ನು ಅಜ್ಞಾತ ಸ್ಥಿತಿ (Silent Phase) ಎಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ.

ಯಾರಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಕಡಮೆಯಾಗುತ್ತದೆಯೋ ಅಂತಹವರಲ್ಲಿ ಕಾಯಿಲೆ ಅಜ್ಞಾತ ಸ್ಥಿತಿಯಿಂದ ಅನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಸ್ಥಿತಿಗೆ ಸಾಗುತ್ತವೆ. ಆಗ ಪ್ರಥಮ ವ್ರಣ ಗೋಚರವಾಗುತ್ತದೆ. ಯಾರಲ್ಲಿ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ಹೆಚ್ಚಾಗಿರುತ್ತದೆಯೋ ಅಂತಹವರಲ್ಲಿ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ಒಂದು ಘಟ್ಟದಿಂದ ಒಂದಕ್ಕೆ ಸರಿಯುತ್ತದೆ.

ರೋಗಿಯಲ್ಲಿರುವ ರೋಗನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿಗನುಗುಣವಾಗಿ ಈ ಪ್ರಥಮ ವ್ರಣ ಪ್ರಗತಿಹೊಂದಿ ಗಂತಿರಹಿತ ಮಧ್ಯವರ್ತಿಯ ಇಲ್ಲವೇ ಗಂತಿಯ ಕುಷ್ಠದ ರೋಗದ ಘಟ್ಟವನ್ನು ಮುಟ್ಟ ಬಹುದು.

ಕ್ಷಯ ಗಂತಿಯಂತಹ ವಿಧದಲ್ಲಿ ಅಂಗಾಂಶ ಕಣಗಳು (Histio Cytes) ಮೇಲ್ಭಾಚಕ ಕೋಶದಂತಹ ಕೋಶಗಳಾಗಿ ಮಾರ್ಪಡುತ್ತವೆ. ಗಂತಿಯಂತಹ ಕುಷ್ಠ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಮೇಲ್ಭಾಚಕಂತರ ಕೋಶಗಳು (Epitheloid Cells) ಸಿಧಾನವಾಗಿ ನೊರೆಯುಂತಿರುವ ಕುಷ್ಠ ಕಣಗಳಾಗಿ ಮಾರ್ಪಡುತ್ತವೆ. (Foamy Lepra Cells) ಇವುಗಳನ್ನು ವಿಕೋರ್‌ರವರ ಕೋಶಗಳೆಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಗಡಿಯಲ್ಲಿನ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಮಿಶ್ರ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ. ಮ್ಯೂರ್‌ರವರ ಪ್ರಕಾರ ಕ್ಷಯ ಗಂತಿಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ರೋಗ, ಗಂತಿಯ ಸ್ಥಿತಿಯ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಘಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪಬಹುದು. ಅಪರೂಪವಾಗಿ ಪ್ರಥಮ ವ್ರಣ ಕಾಣಿಸದೆ ಯಿರಬಹುದು. ಅಜ್ಞಾತ ಸ್ಥಿತಿ, ನೇರವಾಗಿ, ಕ್ಷಯ ಗಂತಿಯಂತ ಇಲ್ಲವೇ ಗಂತಿಯ ಸ್ಥಿತಿಯಂತಹ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಘಟ್ಟವನ್ನು ತಲುಪಬಹುದು.

ರೋಗ ಲಕ್ಷಣಗಳು

ಅನಿರ್ಧಿಷ್ಟ ಕುಷ್ಠರೋಗ (Indeterminate)

ಕ್ರಿ.ಶ. 1963ರಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಎಂಟನೆಯ ಅಂತರ ರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಕಾಂಗ್ರೆಸ್‌ನ ವರದಿಯ ಪ್ರಕಾರ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಪ್ರಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಅನಿರ್ಧಿಷ್ಟ ಕುಷ್ಠರೋಗದಿಂದ ಹೊರಡುತ್ತವೆ. ಅವುಗಳು ಬಿಳಿಚಿಕೊಂಡ ಅಥವಾ ಎಳೆ ಗೆಂಪು ಬಣ್ಣದ ಗಂದೆಯಂತಹ ಮಚ್ಚೆಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರುತ್ತವೆ.

ಈ ಮಚ್ಚೆಗಳ ಸಂಖ್ಯೆ, ಗಾತ್ರ, ಮತ್ತು ನೆಲೆಗಳು ರೋಗಿಯಿಂದ ರೋಗಿಗೆ ವ್ಯತ್ಯಾಸಗೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

ಅನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ ಪದೇ ಪದೇ ಸ್ಪರ್ಶ ಜ್ಞಾನ ದುರ್ಬಲಗೊಳ್ಳುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಈ ವ್ರಣಗಳ ಅಂಚು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ರೋಗಾಣುಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಾಣಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಆಕಸ್ಮಾತ್ ಇದ್ದರೂ ತುಂಬಾ ವಿರಳವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಲಿಪ್ರೋಮಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಿದಾಗ ಫಲಿತಾಂಶ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿರಬಹುದು. ಇಲ್ಲವೇ ನಿಷೇಧಾತ್ಮಕವಾಗಿರಬಹುದು. ಈ ಅನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕುಷ್ಠರೋಗ ಇತರೆ ವಿಧದ ಕುಷ್ಠರೋಗವಾಗಿ ಮಾರ್ಪಡಬಹುದು, ಇಲ್ಲವೇ ಯಾವ ಬದಲಾವಣೆಯನ್ನೂ ಹೊಂದದೆ ಹಾಗೆಯೇ ಮುಂದುವರಿಯಬಹುದು, ಅಥವಾ ಹಾಗೆಯೇ ಹಿನ್ನರಿಯಬಹುದು.

ಅರಿವಳಿದ ಮಚ್ಚೆ ಕುಷ್ಠರೋಗ

Maculo Anaesthetic Type

ಇದು ಅತ್ಯಂತ ಹಿತಕರವಾದ ಕೆಡಕನ್ನುಂಟು ಮಾಡದ ಕುಷ್ಠರೋಗ. ಈ ರೋಗದಲ್ಲಿ ವ್ರಣಗಳು ತುಂಬಾ ಕಡಮೆ. ಅಸಮ ಪ್ರಮಾಣದ, ಚಪ್ಪಟೆಯಾಗಿರುವ, ಕಡಮೆ ವರ್ಣದ್ರವ್ಯವನ್ನು ಹೊಂದಿರುವ (Hypopigmentation) ಸ್ಪಷ್ಟವಾದ ಅಂಚುಳ್ಳ ಮತ್ತು ಅರಿವಳಿದ (Anaesthetic)ವ್ರಣಗಳಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಈ ವ್ರಣಗಳು ಚರ್ಮದ ಮಟ್ಟಕ್ಕಿಂತ ಮೇಲಕ್ಕೆದ್ದಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ವ್ರಣಗಳಿಂದ ತಯಾರಿಸಿದ ಲೇಪನಗಳನ್ನು (Smear) ರೋಗಾಣುಗಳಿಗಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದಾಗ ಯಾವ ರೋಗಾಣುಗಳೂ ಕಾಣಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಸಾರ ಹೆಚ್ಚಿಸುವ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದಾಗ ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಕೆಲವೇ ರೋಗಾಣುಗಳು ಕಾಣಬಹುದು. ರೋಗಾಂಗಾಂಶಗಳ

ಚಿತ್ರ ಅನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಕ್ಷಯಗಂತಿಯಂತಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಲೆಪ್ರೋಮಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಕ್ಷಯಗಂತಿಯಂತಹ ಕುಷ್ಠರೋಗ

Tuberculoid Type

ಇದು ಕೆಡಕನ್ನುಂಟು ಮಾಡದ ಕುಷ್ಠರೋಗ. ರೋಗಾಣು ಗಳಿಗಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಿದಾಗ ಅಪರೂಪವಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳು ತ್ತವೆ. ಈ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಕೆಂಪಾದ ಚರ್ಮದ ವ್ರಣಗಳು ಕಾಣ ಬರುತ್ತವೆ. ಈ ವ್ರಣಗಳು ಚರ್ಮದ ಮಟ್ಟಕ್ಕಿಂತ ಸ್ವಲ್ಪ ಮೇಲಕ್ಕೆ ದ್ದಿರುತ್ತವೆ. ಪೂರ್ಣ ವ್ರಣವೇ ಮೇಲಕ್ಕೆದ್ದಿರಬಹುದು. ಲೆಪ್ರೋಮಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಡೆಸಿದಾಗ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ದೊರೆಯುತ್ತವೆ. ಕ್ಷಯ ಗಂತಿಯಂತಹ ಕುಷ್ಠರೋಗವನ್ನು ಪ್ರಧಾನ (Major) ಮತ್ತು ಲಘು (Minor) ಕಾಯಿಲೆಗಳೆಂದು ವಿಭಾಗಿಸಬಹುದು. ಈ ಎರಡು ವಿಧಗಳಲ್ಲಿ ಮೂಲತಹ ಯಾವ ವ್ಯತ್ಯಾಸವೂ ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಇವುಗಳ ವ್ಯತ್ಯಾಸ ಕೇವಲ ಇವುಗಳ ತೀವ್ರತೆಯಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಇರುತ್ತದೆ. ಲಘು ಕುಷ್ಠರೋಗ ದಲ್ಲಿ ವ್ರಣಗಳು ಸ್ವಲ್ಪ ಮೇಲಕ್ಕೆದ್ದಿರುತ್ತವೆ. ಸ್ಪರ್ಶಜ್ಞಾನ ವಿರುವುದಿಲ್ಲ, ಮತ್ತು ನುಣ್ಣಸೆಯ ಕಲ್ಲು ಹರಳುಗಳಂತಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಲಘು ವಿಧದಲ್ಲಿ ಕ್ಷೇತ್ರದ ಚರ್ಮದ ನರಗಳು ಹೇಳಿಕೊಳ್ಳು ವಷ್ಟು ದಪ್ಪವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ವಿಧವಾದ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಕಾಕ್ರೇನ್‌ರವರು 'ಲಘು ಚರ್ಮ ಕುಷ್ಟ' (Minor lepride) ಎಂದು ಕರೆದರು.

ಪ್ರಧಾನ ಕ್ಷಯಗಂತಿಯಂತಹ ರೋಗದ ವ್ರಣಗಳು ಚೆನ್ನಾಗಿ ಮೇಲೇರಿರುತ್ತವೆ, ಆವರಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿರುತ್ತವೆ, ಮತ್ತು ಕೆಂಪಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಪೂರ್ಣವ್ರಣ ಏಕಪ್ರಕಾರವಾಗಿ ಮೇಲೆದ್ದಿರು

ತ್ತದೆ. ಇಲ್ಲವೇ ವ್ರಣದ ಅಂಚು ಮಾತ್ರ ಮೇಲುಬ್ಬಿ ಕೇಂದ್ರದ ಭಾಗ ತಗ್ಗಿರಲೂ ಬಹುದು. ಅಧಿಕ ಚಟುವಟಿಕೆ ಕಾಣಬಂದಾಗ ಹಕ್ಕಳೆ (Scale) ಸಹ ಏಳುತ್ತದೆ. ಮುಂದುವರಿಯುವ ಅಂಚಿನ ಮುಂಚೆಯೇ ಕಾಯಿಲೆಯ ಸೂಚಿಯಂತೆ ಗಂತಿಗಳು ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಪ್ರಧಾನ ಕ್ಷಯಗಂತಿಯಂತಹ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಇಂದ್ರಿಯ ಜ್ಞಾನ ಅಳಿಸಿಹೋಗಿರುತ್ತದೆ. ದಪ್ಪವಾಗಿರುವ ನರಗಳು ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಕೆಂಪಾಗಿರುವ ವ್ರಣಗಳವರೆಗೆ ಇರುವುದನ್ನು ಗುರುತಿಸಬಹುದು. ಕ್ಷೇತ್ರಕ್ಕೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ನರಗಳು ದಪ್ಪವಾಗಿ ಹುರಿಯಂತಿರುತ್ತವೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಸ್ಪರ್ಶ ವೇದನೀಯ ವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಈ ನರಗಳು ದಪ್ಪವಾಗಿರುವುದು ಕೇಸೀನ್ ಕರಣಕ್ಕೆ (caseation), ದ್ರವೀಕರಣಕ್ಕೆ, ಮತ್ತು ಕೆಲವು ವೇಳೆ ನರಗಳ ಕುರುಗಳಿಗೆ ದಾರಿ ಮಾಡಿಕೊಡಬಹುದು. ಈ ಕಾಯಿಲೆಯಲ್ಲಿ ಲೆಪ್ರೋಮಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಫಲಿತಾಂಶಗಳನ್ನು ನೀಡುತ್ತದೆ.

ಬಹುನರಗಳ ಉರಿಯೂತದ ಕುಷ್ಠರೋಗ
Poly Neuritic Leprosy

ಈ ಗುಂಪಿಗೆ ಸೇರಿದ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದ ವ್ರಣಗಳು ಇರುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಬಹುನರಗಳ ಉರಿಯೂತದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ. ಕುಷ್ಠರೋಗ ಹೊರಮೈ ನರಗಳನ್ನು ತೊಂದರೆಗೀಡು ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಚರ್ಮದ ಮೂಲಕ, ಚರ್ಮದ ನರಗಳ ಮೂಲಕ ಈ ಸೋಂಕು ಪ್ರಸರಿಸುವುದರಿಂದ ಈ ನರಗಳಿಗೆ ಹಾನಿಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಮೊಳಕೈ ನರ, ಮಧ್ಯನರ, ಮುಂಡಿಯ ಹಿಂಕುಳಿಯ ಪಾರ್ಶ್ವದ ನರ, ಮೊಣಕಾಲು ಮೂಳೆಯ ಹಿಂಭಾಗದನರ, ಕಪಾಲದ ಐದು ಮತ್ತು

ಏಳನೆಯ ನರಗಳು ತೊಂದರೆಗೀಡಾಗುತ್ತವೆ. ಈ ವಿಧದ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಕ್ರಿಯಾವಾಹಿನಿಗಿಂತ ಜ್ಞಾನವಾಹಿನಿ ನರಗಳು ಹೆಚ್ಚಿನ ತೊಂದರೆಗೊಳಗಾಗುತ್ತವೆ. ಮಂಡಿಯ ನಿರಿಚ್ಛಾ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಂತಹ ಆಳದ ನಿರಿಚ್ಛಾ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳು ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ನಾಶವಾಗುವುದೇಯಿಲ್ಲ. ಬಹುನರಗಳ ಉರಿಯೂತದ ಕುಷ್ಠ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಅರಿವಳಿಯುವಿಕೆ ಹೊರವ್ಯೆಯ್ಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಾರಂಭವಾಗಿ ಕೈಕಾಲುಗಳ ಮೇಲುಭಾಗಕ್ಕೆ ವಿಸ್ತರಿಸುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನೇ "ಕೈ ಮತ್ತು ಕಾಲು ಚೀಲಗಳ ವಿಧದ ಅರಿವಳಿಯುವಿಕೆ" (Glove and Stocking type) ಎಂದು ಕರೆಯುತ್ತೇವೆ. ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ನೋವಿಗಿಂತ ಮುಂಚಿತವಾಗಿ ಲಘುಸ್ಪರ್ಶ ಮತ್ತು ಉಷ್ಣದ ಅರಿವು ನಾಶವಾಗುತ್ತದೆ. ಕೈಕಾಲುಗಳು ಭಾರವಾಗುವಿಕೆ, ಜುಮುಗುಡುವುದು ಮತ್ತು ಮರಗಟ್ಟುವುದು ಕಾಣಬರುತ್ತದೆ.

ಕ್ಷಿಪ್ರ ನರದುರಿಯೂತಕ್ಕೊಳಗಾದ ನರಗಳಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ನೋವು ಕಾಣಬರುತ್ತದೆ. ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ಕ್ರಿಯಾವಾಹಿನಿ ನರಗಳಿಗೆ ತೊಂದರೆಯುಂಟಾದಾಗ ಅವುಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮಾಂಸ ಖಂಡಗಳಲ್ಲಿ ನಿಶ್ಯಕ್ತಿ ಕಾಣಬರುತ್ತದೆ. ಅರೆ ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು ಕಾಣಬರುತ್ತದೆ. ತೊಂದರೆಗೊಳಗಾದ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳಲ್ಲಿ ಸ್ಥಿತಿ ಸ್ಥಾಪಕತೆ ಕಡಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ಮಾಂಸಖಂಡಗಳು ಜೋಲುಬೀಳುತ್ತವೆ. ಕೊನೆಗೆ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳು ನಶಿಸುತ್ತವೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಹಸ್ತ ಮತ್ತು ಪಾದಗಳ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳು ನಶಿಸುತ್ತವೆ. ಹೀಗೆ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳಿಗೆ, ದೇಹದಲ್ಲಿ, ಹಸ್ತ ಮತ್ತು ಪಾದಗಳಲ್ಲಿ ವಕ್ರತೆಗಳುಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಚಿಮುಟದಂತಹ ವಕ್ರತೆ ಹಸ್ತ ಮತ್ತು ಪಾದಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಬರುತ್ತದೆ. ಇವು

ಗಳನ್ನು ಪಂಜಾಹಸ್ತ (claw hand) ಮತ್ತು ಪಂಜಾಪಾದ (claw toes)ಗಳೆಂದು ಕರೆಯುತ್ತೇವೆ. ಮಣಿಕಟ್ಟಿನ ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು (wrist drop) ಮತ್ತು ಪಾದದ ಪಾರ್ಶ್ವವಾಯು (foot drop) ಇತ್ಯಾದಿಗಳು ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ. ಪೋಷಣೆಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಬದಲಾವಣೆಗಳೂ ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ. ಇವುಗಳು ರಕ್ತನಾಳಗಳಿಗೆ ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ನರಗಳಿಂದುಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಹೀಗೆ ತೊಂದರೆಯುಂಟಾದಾಗ ಚರ್ಮ ಜಿವರುವುದಿಲ್ಲ. ಆ ಭಾಗ ಒಣಗಿರುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಹೊಳೆಯುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ಬೊಬ್ಬೆಗಳೂ ಏಳಬಹುದು, ಪೋಷಣ ಸಂಬಂಧದ ಗಾಯಗಳುಂಟಾಗುವುವಲ್ಲದೆ, ಸಂಬಂಧಿಸಿದ ಮೂಳೆಗಳಲ್ಲಿ ಕ್ಯಾಲ್ಸಿಯಂ ಪ್ರಮಾಣ ಕಡಮೆಯಾಗುತ್ತಾ ಹೋಗುತ್ತದೆ. ಹಸ್ತ ಮತ್ತು ಪಾದದ ಸಣ್ಣ ಮೂಳೆಗಳು ಕರಗುತ್ತಾ ಹೋಗುತ್ತವೆ.

ಗಡಿಯಂಚಿನ ಕುಷ್ಠರೋಗ

Borderline Leprosy

ಇದನ್ನು ದ್ವಿರೂಪಿ (Dimorphous) ಕುಷ್ಠರೋಗವೆಂತಲೂ ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಈ ವಿಧವಾದ ಕುಷ್ಠರೋಗ, ಕ್ಷಯಗಂತಿಯಂತಹ ಕುಷ್ಠರೋಗ ಮತ್ತು ಗಂತಿಯಂತಹ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಅಂತರದಲ್ಲಿರುತ್ತದೆ. ಇದು ಅಸ್ಥಿರವಾಗಿರುತ್ತದೆ, ಇದು ಗಂತಿಯಂತಹ ಕುಷ್ಠರೋಗವಾಗಿ ಮಾರ್ಪಡಬಹುದು. ಈ ಕಾಯಿಲೆಯಲ್ಲಿ ಕೆಂಪಾಗಿರುವ ಚರ್ಮದ ಮಟ್ಟಕ್ಕಿಂತ ಮೇಲಕ್ಕೆದ್ದಿರುವ ವ್ರಣಗಳು ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ. ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ಉಬ್ಬಿ ಅಂಚಿನಕಡೆ ಇಳಿಜಾರಿನಂತಿರುತ್ತವೆ. ಮುಗುಚಿರುವ ಸಣ್ಣ ತಟ್ಟೆಯಂತಿರುತ್ತವೆ. ಆ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ಇಂದ್ರಿಯ ಜ್ಞಾನವಿಲ್ಲದಿರಬಹುದು. ಚರ್ಮದ ವ್ರಣಗಳು ಏಕ ಪ್ರಕಾರವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಎರಡು

ಕಡೆಯೂ ಅಸಮ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಹರಡಿರುತ್ತವೆ. ಚರ್ಮದ ವ್ರಣಗಳನ್ನು ರೋಗಾಣುಗಳಿಗಾಗಿ ಪರೀಕ್ಷಿಸಿದಾಗ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಫಲಿತಾಂಶಗಳು ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ. ಎಲ್ಲಾ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲೂ ರೋಗಾಣುಗಳು ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ. ಬೊಬ್ಬೆಗಳು ವಿರಳವಾಗಿರಬಹುದು, ಇಲ್ಲವೇ ಇರದಿರಲೂಬಹುದು. ಲೆಪ್ರೋಮಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ನಿಷೇಧಾರ್ಥಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಗಂತಿಯುಂತಹ ಕುಷ್ಠರೋಗ

Lepromatous Leprosy

ಈ ರೋಗ ಬಂದ ರೋಗಿಯ ರೋಗ ನಿರೋಧಕ ಶಕ್ತಿ ತುಂಬಾ ಕಡಮೆಯಿರುತ್ತದೆ. ಇಂತಹವರಲ್ಲಿ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ರೋಗಾಣುಗಳು ಬೃಹತ್ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿ ಅಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುತ್ತವೆ. ಅತಿ ಜಾಗ್ರತೆಯಾಗಿ ಸಂತಾನಾಭಿವೃದ್ಧಿ ಹೊಂದುವ ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ರೋಗಿಯ ಮೇಲೆ ಮೇಲುಗೈ ಪಡೆಯುತ್ತವೆ. ಚರ್ಮ ಮತ್ತು ಶ್ಲೇಷ್ಮ ತ್ವಚೆಗಳಲ್ಲಿ ಮುಖ್ಯವಾದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ. ಚರ್ಮ ಮತ್ತು ಶ್ಲೇಷ್ಮ ತ್ವಚೆಯ ವ್ರಣಗಳಿಂದ ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳು, ಗುಲ್ಮ, ಈಲಿ, ಅಸ್ಥಿ ಮಜ್ಜಾ ರಜ್ಜು, ವೃಷಣ, ಮತ್ತು ನರಗಳಲ್ಲಿನ ನವಿರ್ ಜಾಲ ಒಳಚೂಚುಕಕಣಗಳನ್ನು (Reticulo-Endothelial Cells) ಸೇರುತ್ತವೆ. ಅಸ್ಥಿರಜ್ಜುಗಳ ಕೋಶಗಳು, ಕಣ್ಣಿನ ಪಾರದರ್ಶಕ ಪಟಲ (Cornea) ಚರ್ಮ ಪೊರೆ (Choroid) ಮೂಳೆ ಅಡ್ರಿನಲ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳು, ಮತ್ತು ಹಲ್ಲಿನ ತಿರುಳುಗಳಲ್ಲೂ ಈ ರೋಗಾಣುಗಳು ನೆಲೆಸುತ್ತವೆ. ಈ ಎಲ್ಲಾ ಭಾಗಗಳಲ್ಲೂ ಗಂತಿಗಳು ಉತ್ಪತ್ತಿಯಾದರೂ ಸಹ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ಕಾಣಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ವೃಷಣದಲ್ಲಿ ಮಾತ್ರ ಲಕ್ಷಣ

ಗಳು ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ. ಒಳಾಂಗಗಳ ಪೈಕಿ ವೃಷಣ ಒಂದಕ್ಕೇ ಈ ಕಾಯಿಲೆ ತಗುಲುತ್ತದೆಯಲ್ಲದೆ ವೃಷಣ ಅಪಾಯಕ್ಕೊಳಗಾಗಿ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯಲ್ಲಿ ಹಾಳಾಗುತ್ತದೆ. ವೃಷಣಕ್ಕೆ ಅಪಾಯವುಂಟಾಗುವುದರಿಂದ ನಪುಂಸಕನಾಗುತ್ತಾನೆ. ಸಂತಾನಶಕ್ತಿ ಹರಣವಾಗುತ್ತದೆ. ಗಂಡಸರಲ್ಲಿ ಸ್ತನಗಳು ದಪ್ಪವಾಗುತ್ತವೆ. ಈ ವಿಧವಾದ ಕಾಯಿಲೆಯಲ್ಲಿ ಕೈಕಾಲುಗಳಲ್ಲಿ ಚಿವರುವಿಕೆ ನಾಶವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಮುಖ ಮತ್ತು ಮುಂಡ ಅಧಿಕವಾಗಿ ಚಿವರುತ್ತವೆ. ಈ ರೋಗ ಉಲ್ಬಣಿಸುವುದನ್ನಾಧರಿಸಿ ಮೂರು ವಿಧಗಳಾಗಿ ವಿಂಗಡಿಸಿದ್ದಾರೆ.

ಒಂದನೆಯ ವಿಧ–ಗಂಟಿಯಂತಹ ಮಚ್ಚೆ

ಇದು ತುಂಬಾ ಮೆತುವಾಗಿರುವುದಲ್ಲದೆ ಅದರ ಮೇಲ್ಮೈ ಹೊಳೆಯುತ್ತಿರುತ್ತದೆ. ವ್ರಣದ ಅಂಚು ಸ್ಪಷ್ಟವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಸುತ್ತಮುತ್ತಲ ಚರ್ಮದೊಡನೆ ಸೇರಿಕೊಂಡು ಅಗೋಚರವಾಗಿ ಲೀನವಾಗಿ ಹೋಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ವರ್ಣದ್ರವ್ಯ ಸ್ವಲ್ಪ ಕಡಿಮೆಯಾಗಿರಬಹುದು. ಇಲ್ಲವೇ ಕಂದುಬಣ್ಣದ ಅಥವಾ ಕಪ್ಪಾದ ಚರ್ಮದ ಮೇಲೆ ತಾಮ್ರವರ್ಣ ಕಾಣಿಸಬಹುದು.

ಆದಿಯಲ್ಲಿ ಗಂಟಿಯಂಥ ಕುಷ್ಠರೋಗ ಪ್ರೈದೋರುವ ಪೂರ್ವದಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣುಗಳು ಈ ವ್ರಣದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸುವುದಿಲ್ಲ. ಅನಂತರದ ಯಾವುದೇ ಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಈ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ಕಾಣಬಹುದು. ಲೆಪ್ರೋಮಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ನಿಷೇಧಾರ್ಥಕವಾಗಿರುತ್ತದೆ.

ಎರಡನೆಯ ವಿಧ–ವ್ಯಾಪಕವಾದ ಗಂಟಿಯಂಥ ಕುಷ್ಠರೋಗ

ಇದು ಒಂದನೆಯ ವಿಧಕ್ಕಿಂತ ಸ್ವಲ್ಪ ಉಲ್ಬಣಗೊಂಡ ಸ್ಥಿತಿ.

ಎಲ್ಲಾ ಗಂತಿಯಂಥ ಕುಷ್ಠರೋಗವೂ ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿಯೇ ಇರುತ್ತದೆ. ಆದರೆ ಮಚ್ಚೆಯ ವಿಧದಲ್ಲಿ ವ್ಯಾಪಕತೆ ಗಣನೆಗೆ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳುವಷ್ಟಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಗಂತಿಗಳಿಂದ ಆಕ್ರಮಣ ನಡೆದಾಗ, ಆ ಭಾಗದ ಚರ್ಮ ಕೆಂಪುಗಂದೆಯಂತಿರುತ್ತದೆ, ದಪ್ಪವಾಗುತ್ತದೆ ಮತ್ತು ಹೊಳೆಯುತ್ತದೆ. ಕೊನೆಯಲ್ಲಿ ಹುಬ್ಬುಗಳ ಕೂದಲುಗಳು ಉದುರಿಹೋಗುತ್ತವೆ. ಸೋಂಕು ಹರಡಿದ ಚರ್ಮದ ಭಾಗ ಮೆತುವಾಗಿ ಮಾಂಸದಂತಿರುತ್ತದೆ. ಮಧ್ಯದಲ್ಲಿ ಉಬ್ಬಿದ್ದು ಅಂಚಿನಕಡೆ ಇಳಿಜಾರಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಇಂದ್ರಿಯಜ್ಞಾನ ಶಿಥಿಲಗೊಂಡಿರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ ಕುಷ್ಠ ರೋಗಾಣುಗಳು ಸುಲಭವಾಗಿ ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ.

ಮೂರನೆಯ ವಿಧ–ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಗಂತಿಗಳು

ರೋಗ ತುಂಬಾ ಉಲ್ಬಣವಾದಾಗ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಗಂತಿಗಳು ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ. ಗಂಟುಗಳು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯಲ್ಲಿ ಉತ್ಪತ್ತಿಯಾಗುವುದಿಲ್ಲ. ಆದರೆ ಅಲ್ಲೇ ಇರುವ ಸಣ್ಣ ಗಂತಿಗಳು ಒಟ್ಟಿಗೆ ಸೇರಿ ದೊಡ್ಡ ಗಂಟುಗಳಾಗಿ ಮಾರ್ಪಡುತ್ತವೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಿವಿಯ ಮೇಲೆ ಈ ಗಂಟುಗಳು ಪ್ರಾರಂಭವಾಗುತ್ತವೆ. ಮುಖ, ಮುಂಡ ಮತ್ತು ಕೈಕಾಲುಗಳ ಮೇಲೆ ಒಟ್ಟಿಗೇ ಏಳಬಹುದು. ಈ ಗಂತಿಗಳು ಕಿರಿದಾಗಿರಬಹುದು ಇಲ್ಲವೇ ದೊಡ್ಡದಾಗಿರಬಹುದು. ಇವುಗಳು ಅಡಿಯಲ್ಲಿರುವ ಅಂಗಾಂಗಗಳಿಗೆ ಅಂಟಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಇಲ್ಲವೇ ಸುಲಭವಾಗಿ ಚಲಿಸಬಹುದು ಈ ಗಂತಿಗಳು ಮೂಲದಲ್ಲೇ ಅಂಟಿಕೊಂಡಿರಬಹುದು ಇಲ್ಲವೇ ಇವುಗಳಿಗೆ ತೊಟ್ಟು ಇರಲೂ ಬಹುದು. ಈ ಗಂಟುಗಳು ಕರಗಿಹೋಗಬಹುದು ಇಲ್ಲವೇ ಗಾಯಗಳಾಗಬಹುದು. ಈ ಗಾಯಗಳ ಮೂಲಕ ರೋಗಾಣುಗಳು ಹೊರ ಹರಿಯುತ್ತವೆ.

ದೇಹದಿಂದ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಹೊರಹಾಕುವ ಪ್ರಯತ್ನದಲ್ಲಿ ಪ್ರಕೃತಿ ನಿರ್ಮಿತ ಪಥವೇ ಈ ಗಾಯಗಳೆಂದು ನಾವು ಭಾವಿಸಬಹುದು. ರೋಗಿಯ ದೇಹದಿಂದ ಈ ರೋಗಾಣು ಗಳನ್ನು ಹೊರಹಾಕಲು ಪ್ರಕೃತಿಗುಳಿದಿರುವ ಏಕೈಕ ಮಾರ್ಗ ಈ ಗಾಯಗಳೆಂದು ಯಾರಾದರೂ ಭಾವಿಸಬಹುದು. ಈ ಗಂತಿ ಯಂತಹ ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ಕಣ್ಣು, ಮೂಗು, ಬಾಯಿ, ಗಂಟಲು, ಕಂಠನಾಳ, ಉಸಿರುನಾಳ ಮತ್ತು ನವಿರುಸಿರುನಾಳ ಗಳ ಶ್ಲೇಷ್ಮತ್ವಚೆ ಮೇಲಿಂದ ಮೇಲೆ ತೊಂದರೆಗೊಳಗಾಗುತ್ತದೆ. ಯಾವ ಶ್ಲೇಷ್ಮತ್ವಚೆಗೆ ತೊಂದರೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆಯೋ ಅಲ್ಲಿ ಸಣ್ಣ ಗಂತಿಗಳು ವ್ಯಾಪಕವಾಗಿ ಹರಡಿರುತ್ತವೆ. ಗಂಟುಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು ಮತ್ತು ಗಾಯಗಳಾಗಬಹುದು.

ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ

ವಿಶಾಲವಾಗಿ ಆಲೋಚಿಸಿದಾಗ ಈ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಕ್ಷಿಪ್ರ, ಅರ್ಧ ನಿಶಿತ, ಮತ್ತು ಮರುಕಳಿಸುವ ಕೆರಳಿಕೆಯ ಪ್ರತಿ ಕ್ರಿಯೆಗಳೆಂದು ವಿಭಾಗಿಸಬಹುದು. ಯಾವ ವಿಧದ ಕುಷ್ಠರೋಗ ದಲ್ಲಾದರೂ ಈ ರೋಗ ಕೆರಳಬಹುದು. ಧರ್ಮೇಂದ್ರರವರ ಪ್ರಕಾರ ಈ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗೆ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಕಾರಣ ತಿಳಿಯದಿದ್ದರೂ ಸಹ ಗಂತಿರಹಿತ ಕುಷ್ಠರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಬರುವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗೆ ಒಗ್ಗದಿರುವಿಕೆ (Allergy)ಯೇ ಕಾರಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಗಂತಿ ಯುಂತಿರುವ ಕುಷ್ಠರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಈ ವಿಧವಾದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗೆ ವಿಷದ ಮೂಲವೇ ಕಾರಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿನ ಸಾರದಲ್ಲಿ ಅಂಗಾಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಸೇರಿ ಕೊಳ್ಳುವ ಡ್ಯಾಪ್ಸೋನ್ ಕಾರಣವಾಗಿರಬಹುದು.

ದೇವಿ ಹಾಕುವುದು, ಟೈಫಾಯಡ್, ಮಲೇರಿಯ, ಆಮಶಂಕೆ, ಇನ್‌ಫ್ಲೂಯೆಂಜ ನ್ಯೂನಪೋಷಣೆ, ಗರ್ಭಧರಿಸುವುದು, ಹೆರಿಗೆ, ಸಲ್ಫೋನಮೈಡ್ ಔಷಧಗಳು, ಆಯೋಡೈಡ್‌ಗಳು ಈ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಕುಷ್ಠರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ತ್ವರಿತಗೊಳಿಸುತ್ತವೆ.

ಗಂತಿರಹಿತ ಕುಷ್ಠರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಬರುವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ

ಇರತಕ್ಕ ವ್ರಣಗಳು ಉಲ್ಬಣಿಸಬಹುದು ಮತ್ತು ಹೊಸ ವ್ರಣಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಕ್ಷಯ ಗಂತಿಯಂಥ ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ಕಾಣಬರುವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯ ಪರಮಾವಧಿಯ ಉದಾಹರಣೆಯೆಂದರೆ "ಸೋಂಕುಕಾರಕ ಕುಷ್ಠರೋಗ" (Lazarine Leprosy) ಈ ಒಂದು ವಿಧದಲ್ಲಿ ಹೆಚ್ಚಿನ ಅಂಗಾಂಶಗಳು ನಾಶವಾಗುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಆಳವಾದ ಗಾಯಗಳೂ ಉಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಲಾಜರೈನ್ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಕಾಣಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಈ ಒಂದು ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ಷೇತ್ರದ ನರಗಳು ಸ್ಪರ್ಶವೇದನೀಯಗಳಾಗಿರುವುದರ ಜೊತೆಗೆ ಹಾಗೆಯೇ ನೋಯುತ್ತಿರುತ್ತವೆ.

ಗಂತಿಯಂಥ ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ಕಾಣಬರುವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ

ಈ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಜ್ವರ, ಆಲಸ್ಯ, ಮೈಕೈನೋವು, ಹಸ್ತ ಮತ್ತು ಪಾದಗಳ ಊತ, ಮೂಗಿನಲ್ಲಿ ರಕ್ತ ಸೋರುವುದು ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ. ಕ್ಷಿಪ್ರರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಿಗೆ ತೀವ್ರವಾದ ಅಸ್ವಸ್ಥತೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಇರತಕ್ಕ ವ್ರಣಗಳು ಕೆರಳಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಗಂಟುಗಳು ನೀರ್ಗುಳ್ಳೆಗಳನ್ನು ತೋರಿಸಬಹುದು, ಕೀವುಂಟಾಗಬಹುದು ಮತ್ತು ಗಾಯಗಳಾಗ

ಬಹುದು. ಎರಡು ಕಡೆಯು ಸಮಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕಾಣಿಸುವ ಅಧಿಕ ಸಂಖ್ಯೆಯ ಕೆಂಪಾದ ತುಂಬಾ ಹರಡಿರುವ ಗಂಟುಗಳು ದೇಹದ ಮೇಲೆಲ್ಲಾ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಇವುಗಳನ್ನು "ಗುಲಾಬಿ ಕಲೆಯ ಗಂತಿ" (Rose spot nodules) ಅಥವಾ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಕೆಂಪು ಗಂಥೆಯ ಗಂಟು (erythema nodosum leprosum)ಎಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಕೆಂಪು ಗಂಥೆಯ ಗಂಟುಗಳು ಮರುಕೊಳಿಸಬಹುದು, ಮತ್ತು ಕೀವಿರಬಹುದು. ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಕೆಂಪು ಗಂಥೆಯ ಗಂಟುಗಳು ಕ್ಷಿಪ್ರವಾಗಿ, ಅಥವಾ ನಿಶಿತವಾಗಿ ಇಲ್ಲವೇ ದೀರ್ಘಕಾಲದ ವ್ಯಾಧಿಯಾಗಿ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಬಹುದು. ಕೆಲವು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಬರುವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಚರ್ಮದಡಿಯಲ್ಲಿ ನೋಯುವ ಗಂಟುಗಳು ಉತ್ಪತ್ತಿಯಾಗಬಹುದು. ಇವುಗಳು ಮಾಂಸ ಖಂಡಗಳನ್ನು ಬಾಧಿಸಬಹುದು. ಅಲ್ಲದೆ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಸ್ನಾಯು ಉರಿಯೂತವನ್ನುಂಟು ಮಾಡಬಹುದು. ಈ ಗಂಟುಗಳನ್ನು "ಚರ್ಮದಡಿಯ ಗಂತಿ" (sub cutaneous nodules) ಗಳೆಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಗಂತಿಯಂಥ ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ಕಾಣಬರುವ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯ ಜೊತೆಗೆ ಕ್ಷಿಪ್ರ ನರದುರಿಯೂತ, ಕೀಲುರಿಯೂತ, ಚರ್ಮ ಚೀಲ ದುರಿಯೂತ (Bursitis) ವೃಷಣದುರಿಯೂತ, ಪಾಪೆ ಪೊರೆಯುರಿಯೂತ (Iritis) ಕನೀನಿಕೆ ಎವೆಗೂಡಲಾಂಗದ ಉರಿಯೂತ (Irido Cyclitis) ಗಂಡಸರ ಮೊಲೆ ದಪ್ಪವಾಗುವಿಕೆ, ಲಿಂಫ್ ಗ್ರಂಥಿಗಳ ಉರಿಯೂತ, ಈಲಿ ಮತ್ತು ಗುಲ್ಮಗಳು ದಪ್ಪವಾಗುವುದು ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ.

ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ಕಾಣಬರುವ ದೇಹದ ವಕ್ರತೆಗಳು

ಕುಷ್ಠರೋಗದ ದೆಶೆಯಿಂದ ದೇಹದ ವಕ್ರತೆಗೊಳಗಾದವರ ಸಂಖ್ಯೆ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಆರು ಲಕ್ಷವೆಂದು ಅಂದಾಜು ಮಾಡಲಾಗಿದೆ. ಮುಖ ಮೊಗವಾಡ ಧರಿಸಿದಂತೆ, ಸಿಂಹದ ಮುಖದಂತೆ (facies Leonina) ಇರುತ್ತದೆ. ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಜೋತುಬಿದ್ದ ಮುಖವನ್ನು ಕಾಣಬಹುದು. ಕಣ್ಣು ಮೊಲದ ಕಣ್ಣಿನಂತೆ (Lago-phthalmos) ಅಂದರೆ ಕಣ್ಣುಗಳನ್ನು ಮುಚ್ಚಿದಾಗ ಅರೆ ಮುಚ್ಚಿದ ಕಣ್ಣು ಕಾಣಬರುತ್ತದೆ. ಹುಬ್ಬುಗಳು ನಾಶವಾಗುತ್ತವೆ. ಮೂಗು ತೂತು ಬೀಳುತ್ತದೆ, ಮೂಗಿನ ಕಂಬಿ ಕುಸಿಯುತ್ತದೆ.

ಮುಖದ ಮೇಲೆ ಅನೇಕ ಗಂಟುಗಳೇಳುವುದರಿಂದ ಸಿಂಹದ ಮುಖದಂತೆ ಕಾಣುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ಗಂತಿಯುಂತಹ ಕುಷ್ಠ ರೋಗದಲ್ಲಿ ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಕಪಾಲದ ಏಳನೆಯ ನರಗಳಿಗೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆಯುವುದರಿಂದ ಮುಖವಾಡ ಧರಿಸಿದಂತೆ ಕಾಣುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ಕ್ಷಯರೋಗದ ಗಂತಿಯುಂಥ ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಸಲ್ಫೋನ್ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಕೊಟ್ಟಾಗ ಅತಿ ಬೇಗ ಮುಖದಲ್ಲಿನ ಗಂಟುಗಳು ಅಳಿದು ಹೋಗುವುದರಿಂದ ಮುಖ ಜೋತು ಬೀಳುತ್ತದೆ. ಏಳನೆಯ ಕಪಾಲನರದ ಕೆನ್ನೆ ಎಲುಬಿನ ಶಾಖೆಗೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆದಾಗ ಮೊಲದ ಕಣ್ಣಿನ ವಕ್ರತೆ ಕಾಣಬರುತ್ತದೆ. ಗಂತಿಯುಂತಹ ಕುಷ್ಠ ರೋಮಕೂಪ (hair follicle) ವನ್ನು ಆವರಿಸಿಕೊಂಡಾಗ ಹುಬ್ಬು ಅಳಿಸಿ ಹೋಗುತ್ತದೆ.

ಕುಷ್ಠ ರೋಗದ ರೋಗಾಣುಗಳು ಮೂಗನ್ನು ಆವರಿಸಿ ಮೂಗಿನ ಅಂಗಾಂಶಗಳನ್ನು ನಾಶಪಡಿಸುವುದರಿಂದ ಮೂಗಿನ

ವಕ್ರತೆಗಳು ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ. ಇವುಗಳೇ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಪ್ರಮುಖವಾದ ಚಿಹ್ನೆಗಳಾಗಿ ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ. ಮೂಗಿನ ಕಂಬಿ ಕುಸಿಯುವುದಕ್ಕೆ ಮೂಗಿನ ನಡುತಡಕೆ (septum)ಯ ನಾಶವೇ ಕಾರಣವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ವೃತ್ತಾಕಾರದಲ್ಲಿ ಅಂಗಾಂಶಗಳು ಅಳಿವಾಗಿಗೆ ತುತ್ತಾದಾಗ ಮೂಗು ತೂತು ಬೀಳುತ್ತದೆ. ಕಾಯಿಲೆಯು ತುಂಬಾ ಉಲ್ಬಣವಾದಾಗ ತಂತು ಅಂಗಾಂಶಗಳು ಮೂಗಿನ ಶ್ಲೇಷ್ಮತ್ವಚೆಯ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಆಕ್ರಮಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಆಗ ಮೂಗು ಕೆಳಕ್ಕೆಳೆಯಲ್ಪಡುತ್ತದೆ.

ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಾಣಬರುವ ಹಸ್ತದ ವಕ್ರತೆಯೆಂದರೆ ಪಂಜಾಹಸ್ತ (claw hand) ಅಂಗೈ ಮತ್ತು ಬೆರಳೆಲುಬುಗಳ ಕೀಲು ಅಧಿಕವಾಗಿ ಚಾಚಿಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಮತ್ತು ಅಂತರ ಬೆರಳೆಲುಬುಗಳ ಕೀಲುಗಳು ಮಡಿಸಿಕೊಂಡಿರುತ್ತವೆ. ಆಗ ಹಸ್ತ ಚಿಮುಟದ ವಕ್ರತೆಯನ್ನು ಪಡೆಯುತ್ತದೆ. ಮೊಳಕ್ಕೆ ನರದ ಹಸ್ತದ ವಕ್ರತೆಯಲ್ಲಿ ಕಿರುಬೆರಳು ಮತ್ತು ಉಂಗುರದ ಬೆರಳುಗಳು ತೊಂದರೆಗೊಳಗಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಯಾವಾಗ ಮೊಣಕ್ಕೈ ನರ (ulnar nerve) ಕೆಳಭಾಗದಲ್ಲಿ ಲಕ್ವಕ್ಕೆ-ತುತ್ತಾದಾಗ ಎಲ್ಲಾ ಬೆರಳುಗಳೂ ವಕ್ರತೆಗೊಳಗಾಗುತ್ತವೆ.

ಈ ಕಾಯಿಲೆಯಲ್ಲಿ ಹೆಬ್ಬೆರಳು ತೊಂದರೆಗೊಳಗಾದಾಗ ಕಾಣಬರುವ ವಕ್ರತೆಯೆಂದರೆ ಹೆಬ್ಬೆರಳಿನ ಬಲೆಯ ಸಂಕೋಚನೆ (Thumb Web Contracture) ಬೆರಳತುದಿಗಳ ಅನುಪಯೋಗ ಇಲ್ಲವೇ ಅತಿ ಉಪಯೋಗ ಮತ್ತು ಕೀಯುವಿಕೆಗಳು ಬೆರಳುಗಳು ನಶಿಸಲು ಮುಖ್ಯವಾದ ಕಾರಣಗಳಾಗಿವೆ. ಕೆಲವು ಕುಷ್ಠರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರೇಡಿಯಲ್ ನರಕ್ಕೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆದಾಗ ಮುಂಗೈ ಜೋಲು ಬೀಳುತ್ತದೆ. ಈ ಒಂದು ಸ್ಥಿತಿಯಲ್ಲಿ ಮಣಿಕಟ್ಟನ್ನಾಗಲೀ ಬೆರಳುಗಳನ್ನಾಗಲೀ ಚಾಚುವುದಕ್ಕಾಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಪೋಷಣ ಸಂಬಂಧ ಅಥವಾ ನರಸಂಬಂಧ ಗಾಯಗಳು

ಮಧ್ಯಹಸ್ತದಲ್ಲಿ ಅಸ್ಥಿಯಂತರದ ಸ್ಥಳಗಳಲ್ಲಿ (Inter Osseuos Spaces) ಕುಳಿ ಬೀಳುವುದನ್ನು ಭಾರತದ ಕುಷ್ಠ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣುತ್ತೇವೆ.

ಪಾದದ ವಕ್ರತೆಗಳು

ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ಪಾದಗಳಲ್ಲಿ ಪೋಷಣ ಸಂಬಂಧ ಗಾಯಗಳು ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ಹಳ್ಳಿಗಳಿಂದ ಬರುವ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಇದನ್ನು ಹೆಚ್ಚಾಗಿ ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಈ ವಿಧವಾದ ಗಾಯಗಳನ್ನು ಅಂಗಾಲಿನ ಗಾಯಗಳು ಪೋಷಣ ಸಂಬಂಧದ ಗಾಯಗಳು ಮತ್ತು ತೂತು ಬೀಳುವ ಗಾಯಗಳೆಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಇವುಗಳಿಗೆ ಪಾದದಲ್ಲಿ ನೋವು ಕಾಣದಿರುವಿಕೆ, ಪಾದದ ಒಳ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳಿಗೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆಯುವುದು, ನಡೆಯುವುದರಿಂದುಂಟಾಗುವ ಶ್ರಮ, ಕಲ್ಲು, ಉಗುರು ಚೂಪಾದ ತುದಿಯ ವಸ್ತುಗಳು ಕಾಲಿಗೆ ತಗುಲುವುದರಿಂದುಂಟಾಗುವ ಪೆಟ್ಟು ಅಥವಾ ಗಾಯಗಳು ಕಾರಣವಾಗಿವೆ. ಈ ನರಸಂಬಂಧದ ಗಾಯಗಳು ಒಂಟಿಯಾಗಿರಬಹುದು ಇಲ್ಲವೇ ಅಧಿಕ ಸಂಖ್ಯೆಯಲ್ಲಿಯೂ ಇರಬಹುದು. ಒಂದೇ ಕಡೆ ಕೇಂದ್ರೀಕರಿಸಿರಬಹುದು. ಇಲ್ಲವೇ ಹರಡಿರಬಹುದು. ಈ ಗಾಯಗಳು ಪಾದದ ದಪ್ಪವನ್ನು ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಭೇದಿಸಿಕೊಂಡು ಹೋಗಿ ಪಾದವನ್ನು ತೂತು ಬೀಳಿಸಬಹುದು.

ಕುರೂಪಿಮೂಳೆ (Fibula)ಯ ಕತ್ತಿನ ಬಳಿ ಕುರೂಪಿನರ (Peroneal Nerve)ಕ್ಕೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆದಾಗ ಪಾದಕ್ಕೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆಯುತ್ತದೆ. ಪಾದಜೋತು ಬೀಳುತ್ತದೆ. ರೋಗಿಗಳು

ಪಾದವನ್ನು ಮೇಲಕ್ಕೆತ್ತಲಾರರು. ಓಡಾಡುವಾಗ ಕಾಲುಗಳನ್ನು ಎತ್ತರಕ್ಕೆ ಎತ್ತಿ ನಡೆಯುತ್ತಾರೆ.

ಮೊಣಕಾಲಮೂಳೆ (Tibia)ಯ ಹಿಂಬದಿಯ ನರದುರಿಯೂತದಿಂದ ಪಂಜರ ಕಾಲ್ಬೆರಳುಗಳುಂಟಾಗುತ್ತವೆ. ಪಾದದ ಒಳ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳಿಗೆ ಲಕ್ವ ಹೊಡೆಯುವುದರಿಂದ ಈ ವಕ್ರತೆ ಕಾಣಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳಿಗೆ ಮೊಣಕಾಲ ಮೂಳೆಯ ಹಿಂಬದಿಯ ನರ (Posterior Tibial Nerve) ಹರಿಯುತ್ತದೆ. ಪಂಜರ ಕಾಲ್ಬೆರಳುಗಳು ಬಿಗಿತುಕೊಂಡಿರಬಹುದು, ಇಲ್ಲವೇ ಚಲಿಸಬಹುದು ಪಾದ ಊದಿಕೊಂಡಿರಲೂಬಹುದು. ಪಾದ ಕುಸಿಯಬಹುದು. ಕಾಲ್ಬೆರಳುಗಳು ನಾಶವಾಗುವುದು ಕಾಣ ಬರುತ್ತದೆ.

ತಾಳಿಗೆಯು ತೂತು ಬೀಳುವಿಕೆ

ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ಮೆದು ತಾಳಿಗೆ, ಗಡುಸುತಾಳಿಗೆ ಇಲ್ಲವೇ ಇವೆರಡೂ ತೂತು ಬೀಳಬಹುದು. ವೃತ್ತಾಕಾರದಲ್ಲಿ ಅಳಿವಾಳು ಅಂಗಾಂಶಗಳಲ್ಲಿ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ದಂಡಾಣುವಿನಿಂದುಂಟಾಗಿ ತಾಳಿಗೆ ತೂತು ಬೀಳುತ್ತದೆ. ಈ ರೀತಿ ತಾಳಿಗೆ ತೂತು ಬಿದ್ದ ರೋಗಿಗಳು ಮೂಗಿನಲ್ಲಿ ಮಾತನಾಡುತ್ತಾರೆ. ಸೇವಿಸಿದ ಪಾನೀಯಗಳು ಮೂಗಿನ ಮೂಲಕ ಹೊರ ಹರಿಯುತ್ತವೆ.

ಗಂಡಸಿನ ಮೊಲೆ ದಪ್ಪವಾಗುವಿಕೆ

ಇದೊಂದು ತುಂಬಾ ಪೇಚಾಟಕ್ಕೆ ರೋಗಿಯನ್ನು ಸಿಕ್ಕಿಸುವ ಅಂಗವಿಕಾರ. ಈ ವಿಕಾರವನ್ನು ಗಂತಿಯಂತಹ ಕುಷ್ಠರೋಗ ದಲ್ಲಿ ಕಾಣುತ್ತೇವೆ. ಈ ಮೊಲೆಗಳು ದಪ್ಪವಾಗುವುದಕ್ಕೆ ಅಂಗಾಂಶಗಳ ಮತ್ತು ನಾಳಗಳ ಬೆಳವಣಿಗೆ ಕಾರಣವಾಗಿದೆ.

ಇದಕ್ಕೆ ಗಂತಿಯಂಥ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ವ್ಯಾಪಕತೆ ಕಾರಣವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ

ರೋಗ ತನ್ನ ಕೊನೆಯ ಘಟ್ಟದಲ್ಲಿರುವಾಗ ಈ ಕಾಯಿಲೆಯನ್ನು ಗುರುತಿಸುವುದು ತುಂಬಾ ಸುಲಭ. ರೋಗದ ಆದಿಯಲ್ಲಿ ರೋಗನಿರ್ಣಯದ ಕೆಲಸ ತುಂಬಾ ಕಷ್ಟವಾಗುತ್ತದೆ. ಅದರಲ್ಲೂ ರೋಗಲಕ್ಷಣಗಳು ಅವ್ಯಕ್ತವಾಗಿರುವಾಗ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ತುಂಬಾ ಕಷ್ಟ. ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯುವುದು ನಿರ್ದಿಷ್ಟವಾಗಿ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಲು ಸಹಾಯಕವಾಗುತ್ತದೆ. ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ ಜ್ಞಾನವಾಹಿನಿ ಕ್ರಿಯೆಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಕು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುವುದು. ಕ್ಷೇತ್ರದ ನರಗಳು ದಪ್ಪವಾಗುವುದು ಮತ್ತು ಸ್ಪರ್ಶ ವೇದನೆ ಕಾಣಬರುವುದು ಈ ಮೂರು ಮುಖ್ಯವಾದ ಲಕ್ಷಣಗಳು ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ರೋಗನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಲು ಮಾರ್ಗದರ್ಶನ ನೀಡುತ್ತವೆ.

ಗಡಿರೇಷೆಯಲ್ಲಿನ ಮತ್ತು ಗಂತಿಯಂತಹ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಕಂಡರೆ ಸಾಕು. ಅರಿವಳಿದ ಮಚ್ಚೆಯ, ಬಹುನರದುರಿಯೂತದ, ಕ್ಷಯರೋಗದ ಗಂತಿಯಂತಹ, ಕುಷ್ಠರೋಗಗಳ ನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ಜ್ಞಾನವಾಹಿನಿ ಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಕು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳಲೇಬೇಕು. ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ಜ್ಞಾನವಾಹಿನಿ ನರಗಳಲ್ಲಿ ತೊಡಕುಗಳುಂಟಾಗುವುದು ಕೆಳಗಿನಂತಿರುತ್ತದೆ.

ಮೊಟ್ಟಮೊದಲು ಲಘು ಸ್ಪರ್ಶ ಮತ್ತು ಉಷ್ಣದ ಜ್ಞಾನ ಕಡಮೆಯಾಗುತ್ತದೆ. ನಂತರ ನೋವು ಮತ್ತು ಒತ್ತಡಗಳ ಜ್ಞಾನಗ್ರಹಿಕೆಯಲ್ಲಿ ತೊಡಕು ಕಾಣಬರುತ್ತದೆ.

ಕುಷ್ಠರೋಗದ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿನ ಜ್ಞಾನಗ್ರಹಿಕೆಯನ್ನು ಪರೀಕ್ಷಿಸಲು 60° ಸೆಂಟಿಗ್ರೇಡ್ ಉಷ್ಣದ ನೀರಿರುವ ಒಂದು ಪ್ರಣಾಳ, ತಣ್ಣನೆಯ ನೀರಿರುವ ಮತ್ತೊಂದು ಪ್ರಣಾಳ ಮತ್ತು ಹತ್ತಿಯ ಒಂದು ಸಣ್ಣ ಚೂರು ಸಾಕು. ಗುಂಡುಸೂಜಿ, ಹೊಲಿಗೆಯ ಸೂಜಿ, ಅಥವಾ ಇಂಜಕ್ಷನ್ ಕೊಡುವ ಸೂಜಿಗಳನ್ನು ಈ ಜ್ಞಾನಗ್ರಹಿಕೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸಬಾರದು. ಏಕೆಂದರೆ ನೋವಿನಜ್ಞಾನತುಂಬಾ ಕೊನೆಯ ಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಅಳಿಯುತ್ತದೆ.

ಗಂತಿರಹಿತ ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ವ್ರಣಗಳಲ್ಲಿ ಕುಷ್ಠದ ರೋಗಾಣುಗಳು ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಕಾಣಬರುತ್ತವೆ. ಆದರಲ್ಲೂ ಖಾನ್ಸೋಲ್ಡರ್ ರವರ ಸಾರ ವೃದ್ಧಿಸಿದ ವಿಧಾನಗಳಿಂದ ಮಾತ್ರ ಈ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಕಂಡುಹಿಡಿಯಬಹುದು. ಬೆವರುಪಿಕೆಯ ಕ್ರಿಯೆಯ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳು ಕೆಲವು ವೇಳೆ ಸಹಾಯಕವಾಗಿರುತ್ತವೆ. ಹಿಸ್ಟಾಮಿನ್ ಮತ್ತು ಪೈಲೋಕಾರ್ಪಿನ್ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಈ ಪರೀಕ್ಷೆಯಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸಬೇಕು. ಈ ಪರೀಕ್ಷೆ ರೋಗದ ಆದಿಭಾಗದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಸಂಶಯಾಗ್ರಸ್ಥ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ಸಹಾಯ ಮಾಡುತ್ತವೆ.

ರೋಗಾಂಗಾಂಶಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆ ರೋಗನಿರ್ಣಯಕ್ಕೆ ಸಹಾಯಕವಾಗುತ್ತದೆ. ಗಂತಿಯಂತಹ ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ವಿಕೋರ್ಣಕೋಶಗಳು ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ. ಕ್ಷಯರೋಗ ಗಂತಿಯಂತಹ ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ಬೃಹದ್ದೇಹಿ ಕೋಶಗಳೂ ಮತ್ತು ಮೇಲ್ ಚೂಚುಕ ಕೋಶದಂತಹ ಕೋಶಗಳೂ ಕಾಣಿಸಿಕೊಳ್ಳುತ್ತವೆ.

ಲೆಪ್ರೋಮಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆ ಗಂತಿಯಂತಹ ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ಪ್ರತಿಷೇಧಕವಾಗಿಯೂ, ಕ್ಷಯರೋಗದ ಗಂತಿಯಂತಹ ಕುಷ್ಠರೋಗ

ದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ಅರಿವಳಿದ ಮಚ್ಚೆಯ ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ
ವಾಗಿಯೂ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ತೋರಿಸುತ್ತದೆ.

ಆರೋಗ್ಯವಾಗಿರುವ ವ್ಯಕ್ತಿಗಳಿಗೂ ಲೆಪ್ರೋಮಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆ
ನಡೆಸಿದಾಗ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಫಲಿತಾಂಶ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಆದುದರಿಂ
ಲೆಪ್ರೋಮಿನ್ ಪರೀಕ್ಷೆಗೆ ರೋಗ ನಿರ್ಣಯದಲ್ಲಿ ಯಾವ ಮೌಲ
ವೂಯಿಲ್ಲ. ರೋಗಿಯ ವ್ರಣಗಳ ನರಗಳ ಮತ್ತು ವಕ್ರತೆಗ
ವಿವರವಾದ ಪರೀಕ್ಷೆ ಮತ್ತು ರೋಗಾಣುಗಳ ಪರೀಕ್ಷೆ ರೋ
ನಿರ್ಣಯ ಮಾಡಲು ಸಾಕು.

ರೋಗದ ಮುನ್ನೋಟ

ಅರಿವಳಿದ ಮಚ್ಚೆಯ ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಮುನ್ನೋ
ತುಂಬಾ ಹಿತಕರವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ವಕ್ರತೆಯುಂಟಾದ ಪ್ರಾರಂ
ದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಯರೋಗ ಗಂತಿಯಂತಹ ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು
ಬಹುನರದುರಿಯೂತದ ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ರೋಗದ ಮುನ್ನೋ
ಒಳ್ಳೆಯದಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಗಂತಿಯಂತಹ ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ, ಗ
ಯಂಚಿನ ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ಮತ್ತು ದೇಹದಲ್ಲಿ ವಕ್ರತೆಗಳುಂಟಾ
ಬಹಳ ಕಾಲವಾಗಿದ್ದರೆ ರೋಗದ ಮುನ್ನೋಟ ಹಿತಕ
ವಾಗಿರುವುದಿಲ್ಲ.

ಒಟ್ಟಿನಲ್ಲಿ ಹೇಳುವುದಾದರೆ ಕಳೆದ ಹದಿನೈದು ವರ್ಷಗಳಿಂ
ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಮುನ್ನೋಟ ಸಾಕಷ್ಟು ಉತ್ತಮವಾಗಿದೆ
ಇದಕ್ಕೆ ರಸ ಔಷಧಗಳ ಪ್ರಯೋಗ ಭೌತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಮತ್ತು ವಕ್ರ
ಯನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸುವ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಕಾರಣಗಳಾಗಿವೆ.

ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಕುಷ್ಠರೋಗಿಗಳಿಗೆ ತಾಳ್ಮೆಯಿಂದ ಸತತ ಪ್ರಯತ್ನದಿಂ
ಚಿಕಿತ್ಸೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಅಲ್ಲದೆ ವೈದ್ಯರು ರೋಗಿಯನ್ನ

ಚೆನ್ನಾಗಿ ಅರ್ಥಮಾಡಿಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ರೋಗಿಯ ಸಾಮಾನ್ಯ ಆರೋಗ್ಯ ಮತ್ತು ಆಹಾರದ ಕಡೆ ಗಮನಹರಿಸಬೇಕು. ಸೋಂಕು ಕಾರಕ ರೋಗಿಗಳನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕಿಸಬೇಕು. ಹಸುಗೂಸುಗಳು ಮತ್ತು ಮಕ್ಕಳಿಂದ ಇಂತಹ ರೋಗಿಗಳು ದೂರವಿರಬೇಕಲ್ಲದೆ ಅವರು ಉಪಯೋಗಿಸುವ ಹಾಸಿಗೆ, ಬಟ್ಟೆ, ಟವಲ್ ಮತ್ತು ಬಾಚಣಿಕೆ, ಸಾಬೂನು, ಹಲ್ಲು ಉಜ್ಜುವ ಕುಂಚಗಳನ್ನು ಪ್ರತ್ಯೇಕವಾಗಿಟ್ಟಿರಬೇಕು.

ಹಿಡ್ನೋಕಾರ್ಪಸ್ ಎಣ್ಣೆ

ಕುಷ್ಠರೋಗದಲ್ಲಿ ಬಹಳ ವರ್ಷಗಳಿಂದ ಹಿಡ್ನೋಕಾರ್ಪಸ್ ಎಣ್ಣೆ ಬಳಕೆಯಲ್ಲಿ ಬಂದಿದೆ. ಕ್ರಿ.ಶ. 1920 ರಿಂದ 1941ರ ವರೆಗೆ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಈ ಎಣ್ಣೆ ಅತ್ಯುನ್ನತ ಸ್ಥಾನವನ್ನು ಗಳಿಸಿತ್ತು. ಈ ಎಣ್ಣೆಯಲ್ಲಿ ಚಾಲ್‌ಮೂಗ್ರ ಮತ್ತು ಹಿಡ್ನೋಕಾರ್ಪಿಕ್ ಆಮ್ಲಗಳಿವೆ. ಇವುಗಳೇ ಕ್ರಿಯಾಂಶಗಳಾಗಿವೆ. 2500 ವರ್ಷಗಳ ಹಿಂದೆ ಬರೆದ ಸುಶ್ರುತ ಸಂಹಿತೆಯಿಂದ ಈ ಎಣ್ಣೆಯ ವಿಷಯ ತಿಳಿದು ಬರುತ್ತದೆ. ಅತ್ಯಂತ ಪ್ರಭಾವ ಶಾಲಿಗಳಾದ ಸಲ್ಫೋನ್‌ಗಳು ಈ ಕಾಯಿಲೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದ ನಂತರ ಚಾಲ್ ಮೂಗ್ರ ಎಣ್ಣೆಯನ್ನು ಯಾರೂ ಉಪಯೋಗಿಸದೆ ಇತಿಹಾಸದ ಪುಟಗಳಲ್ಲಿ ಸೇರಿಹೋಯಿತು.

ಸಲ್ಫೋನ್‌ಗಳು

ಸಲ್ಫೋನ್‌ಗಳು ಎಲ್ಲ ವಿಧವಾದ ಕುಷ್ಠರೋಗಗಳಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತವೆ. ಈ ಸಲ್ಫೋನ್‌ಗಳು ಬಂದ ನಂತರ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಪ್ರಬಲವಾದ ಕ್ರಾಂತಿಯೇ ನಡೆಯಿತು. ಫ್ರೋಮ್ ಮತ್ತು ವಿಟ್ಟ್‌ಮನ್ ರವರು ಮೊದಲನೆಯವರಾಗಿ ಸಲ್ಫೋನ್‌ಗಳ ಮೂಲ ಸಂಯುಕ್ತ

ವಸ್ತು 4:4 ಡೈಅಮೈನೋ ಡೈಫಿನೈಲ್ ಸಲ್ಫೋನ್‌ಸನ್ನು ಕ್ರಿ.ಶ. 1908ರಲ್ಲಿ ಕಂಡುಹಿಡಿದರು. ಇದನ್ನು ಡ್ಯಾಪ್ಸೋನ್ (Dapsone or D.D.S.) ಎಂದು ಕರೆಯುತ್ತಾರೆ. ಸಲ್ಫೋನ್ ಗಳು ರೋಗಾಣುಗಳ ಅಭಿವೃದ್ಧಿಯನ್ನು ಮಾತ್ರ ತಡೆಗಟ್ಟ ಬಲ್ಲವು. ಮೂಲತಹ ಈ ಔಷಧ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಜೀವ ಕೋಶಗಳಿಂದ ಬಿಡುಗಡೆ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಅಂತರ ಕೋಶಗ ದ್ರವಗಳಲ್ಲಿರುವ ಕೆಲವು ವಸ್ತುಗಳು ಈ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಪ್ರತಿಬಂಧಿಸುತ್ತವೆ. ಸಲ್ಫೋನ್‌ಗಳು ತುಂಬಾ ಅಗ್ಗ ಅಲ್ಲದೆ ಅ ಗಳನ್ನು ಸುಲಭವಾಗಿ ರೋಗಿಗೆ ಕೊಡಬಹುದು.

ಡ್ಯಾಪ್ಸೋನ್ (ಡಿ.ಡಿ.ಎಸ್.)

ಈಗ ಡ್ಯಾಪ್ಸೋನ್ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಒಂದ ನಿರ್ದಿಷ್ಟ ಔಷಧವಾಗಿ ಉಪಯೋಗಿಸಲ್ಪಡುತ್ತಿದೆ. ಇದು ತುಂಬ ಉತ್ಕೃಷ್ಟವಾದ ಮತ್ತು ಅಗ್ಗವಾದ ಔಷಧವಾಗಿದೆ. ಸೇವಿಸಿದಾ ಹೊಟ್ಟೆ ಮತ್ತು ಕರುಳುಗಳಿಂದ ಸಂಪೂರ್ಣವಾಗಿ ಹೀರಲ್ಪಡು ತ್ತದೆ. ಮಾನವರಲ್ಲಿ ತೆಗೆದುಕೊಂಡ ಔಷಧದ ಪ್ರಮಾಣದ ಶೇಕಡ 85 ಭಾಗ ಮೂತ್ರದ ಮೂಲಕ ವಿಸರ್ಜಿಸಲ್ಪಡುತ್ತದ ಆರೋಗ್ಯವಂತರ ಚರ್ಮಕ್ಕಿಂತ ಹತ್ತುಪಟ್ಟು ಹೆಚ್ಚಾ ರೋಗಗ್ರಸ್ತ ಚರ್ಮದಲ್ಲಿ ಡ್ಯಾಪ್ಸೋನ್ ಸೇರಿಕೊಳ್ಳುತ ದೆಂದು ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ನಡೆಸಿದ ಪರೀಕ್ಷೆಗಳಿಂದ ತಿಳಿದು ಬಂದಿ ಈ ಔಷಧ ದೇಹದಲ್ಲಿ ಕೂಡಿಡಲ್ಪಡುತ್ತದೆ. ಅಲ್ಲದೆ ಈ ಚರ್ಮ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳು ಮತ್ತು ಮೂತ್ರಪಿಂಡಗಳಲ್ಲಿ ಉಳಿ ಕೊಂಡಿರುತ್ತದೆ. ಗಂತಿಯಂತಹ ಕುಷ್ಠರೋಗದಿಂದ ನರಳು ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರೋಗಾಣುಗಳು ಅಳಿಯಬೇಕಾದರೆ ಆರರಿಂ ಎಂಟು ವರ್ಷಗಳಾದರೂ ಬೇಕು. ಈ ಔಷಧ ಪ್ರಯೋಗದಿಂ

ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಮತ್ತು ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳನ್ನು ತಡೆಗಟ್ಟುವ ಉದ್ದೇಶದಿಂದ ಈ ಔಷಧವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ ಕಡಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಕೊಡುತ್ತಾ ಬಂದು, ಕೊನೆಗೆ ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತಾ ಹೋಗಬೇಕು. ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡಬಲ್ಲ ಅತ್ಯಂತ ಕಡಮೆ ಪ್ರಮಾಣದ ಔಷಧವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಟೋಕಿಯೋದಲ್ಲಿ ನಡೆದ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಏಳನೆಯ ಅಂತರರಾಷ್ಟ್ರೀಯ ಕಾಂಗ್ರೆಸ್‌ನಲ್ಲಿ ದಿನಕ್ಕೆ 50 ಮಿಲಿಗ್ರಾಂ ಡಿ.ಡಿ.ಎಸ್. ಕೊಡಬೇಕೆಂದು ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಯಿತು. ಇದೇ ಅತ್ಯಂತ ಹಿತಕರವಾದ ಪ್ರಮಾಣವೆಂದು ನಿರ್ಧರಿಸಲಾಯಿತು.

ಭಾರತದ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಕೆಳಗಿನ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ ಔಷಧವನ್ನು ಬಾಯಿಯ ಮೂಲಕ ಕೊಟ್ಟರೆ ಸಾಕು. ಮೊದಲನೆಯ ಎರಡು ತಿಂಗಳುಗಳು, ದಿನಕ್ಕೆ 10 ಮಿಲಿಗ್ರಾಂಗಳಂತೆಯೂ ನಂತರ 4 ತಿಂಗಳುಗಳವರೆಗೆ ದಿನಕ್ಕೆ 25 ಮಿಲಿಗ್ರಾಂಗಳಂತೆಯೂ ನಂತರ ವಾಸಿಯಾಗುವವರೆಗೆ ಅಂದರೆ 5 ರಿಂದ 15 ವರ್ಷಗಳವರೆಗೆ ದಿನಕ್ಕೆ 50 ಮಿಲಿಗ್ರಾಂಗಳಂತೆ ಕೊಡಬೇಕು. ನಂತರ ರೋಗಿ ಜೀವಿಸಿರುವವರೆಗೆ ದಿನಕ್ಕೆ 25 ಮಿಲಿಗ್ರಾಂಗಳಂತೆ ಕೊಡಬೇಕು. ರೋಗಿ ದಿನಕ್ಕೆ 50 ಮಿಲಿಗ್ರಾಂ ಸೇವಿಸುವುದಕ್ಕೆ ಪ್ರಾರಂಭಿಸಿದ ನಂತರ ಪ್ರತಿ ಮೂರು ತಿಂಗಳಿಗೊಮ್ಮೆ ಔಷಧವನ್ನು 15 ದಿವಸಗಳ ಕಾಲ ನಿಲ್ಲಿಸಬೇಕು. ಡ್ಯಾಪ್ಸೋನ್ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಇದು ಅನೇಕ ವಾಣಿಜ್ಯ ನಾಮ (Trade Name) ಗಳಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಡ್ಯಾಪ್ಸೋನ್, ಕ್ಲಿನಿಸಲ್ಫೋನ್, ಆವ್‌ಲೋಸಲ್ಫೋನ್, ಕ್ರಾಯಸ್ ಸಲ್ಫೋನ್ ಮತ್ತು ನೋವೋಸಲ್ಫೋನ್ ಎಂಬ ಹೆಸರುಗಳಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ.

ಕುಷ್ಠರೋಗಾಣುಗಳು ಡಿ.ಡಿ.ಎಸ್. ಔಷಧವನ್ನು ನಿರೋಧಿ
ಸುವ ಶಕ್ತಿಯನ್ನು ಪಡೆಯುವುದು ತುಂಬಾ ಅಪರೂಪ. ಈ
ಔಷಧದ ಉಪಯೋಗದಿಂದ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ರಕ್ತಹೀನತೆ, ಬಿಳಿರಕ್ತ
ಕಣಗಳ ಕೊರತೆ, ಮದ್ದುಜ್ವರ (Drug Fever) ಕಾಲಿಯ
ಉರಿಯೂತ, ಚರ್ಮದುರಿಯೂತ ಇಲ್ಲವೇ ಮತಿ ಭ್ರಮಣೆ
ಗಳುಂಟಾಗಬಹುದು. ರಕ್ತಹೀನತೆ ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ಔಷಧದ
ಅಸಹಿಷ್ಣುತೆಯ ಕುರುಹಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಯಾರ ರಕ್ತದಲ್ಲಿ ಹೀಮೋ
ಗ್ಲೋಬಿನ್ ಶೇಕಡ 60 ಕ್ಕಿಂತ ಕಡಮೆಯಾಗಿರುತ್ತದೆಯೋ
ಅಂತಹವರ ರಕ್ತಹೀನತೆ ಉತ್ತಮಗೊಳ್ಳುವವರೆಗೆ ಡ್ಯಾಪ್ಸೋನ
ನಿಲ್ಲಿಸಬೇಕು.

ಹಿಡ್ನೋ ಸಲ್ಫೋನ್

Hydno Sulphone

ಇದು ಡಿ.ಡಿ.ಎಸ್. ಮತ್ತು ಹಿಡ್ನೋಕಾರ್ಪಿಕ್ ಆಮ್ಲಗಳನ್ನು
ಘನೀಕರಿಸುವುದರಿಂದ ಉತ್ಪತ್ತಿಯಾದ ಔಷಧ. ಯಾರಲ್ಲಿ
ಡಿ.ಡಿ.ಎಸ್.ಗೆ ಅಸಹಿಷ್ಣುತೆ ಕಾಣಬರುತ್ತದೆಯೋ ಅಂತಹವರಿಗೆ
ಇದು ಉಪಯುಕ್ತವಾಗುತ್ತದೆ. ಇದನ್ನು ಬಾಯಿಯ ಮೂಲಕ
ಸೇವಿಸಬೇಕು. ದಿನಕ್ಕೆ 50 ರಿಂದ 150 ಮಿಲಿಗ್ರಾಂಗಳವರೆಗೆ
ಕೊಡಬೇಕು.

ಸಲ್ಫೀಟ್ರೋನ್

Sulphetrone

ಈ ಔಷಧ ಡಿ.ಡಿ.ಎಸ್.ನಿಂದ ತಯಾರಿಸಲ್ಪಟ್ಟಿದೆ. ಈ
ಔಷಧವನ್ನು ರೋಗಿ ಸಹಿಸುತ್ತಾನೆ. ಕಡಮೆ ಪ್ರಮಾಣದಲ್ಲಿ
ವಿಷಮತೆಯುಂಟಾಗುತ್ತದೆ. ಇದರ ಉಪಯೋಗದಿಂದ ಅಪ

ಪರಿಣಾಮಗಳಾದ ರಕ್ತಹೀನತೆ, ಈಲಿಯ ಉರಿಯೂತ, ಚರ್ಮ ದುರಿಯೂತ, ಬುದ್ಧಿಭ್ರಮಣೆ ತುಂಬಾ ಕಡಮೆ ರೋಗಿಗಳಲ್ಲಿ ಕಾಣಬರುತ್ತದೆ. ಈ ಔಷಧವನ್ನು 0.5 ಸಿ.ಸಿ.ಯಿಂದ 4.0 ಸಿ.ಸಿ.ಗಳವರೆಗೆ ವಾರಕ್ಕೆ ಎರಡುಬಾರಿ ಮಾಂಸಖಂಡಗಳೊಳಕ್ಕೆ ಚುಚ್ಚಬೇಕು.

ತಯೋ ಸೆಮಿ ಕಾರ್ಬಜೋನ್ (ಟಿ.ಬಿ.ಐ.)

Thio Semi Carbazone (T.B.I.)

ಯಾವ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಸಲ್ಫೋನ್ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಸಹಿಸಲು ಸಾಧ್ಯವಾಗುವುದಿಲ್ಲವೋ ಯಾವಾಗ ಹೊಸ ಔಷಧಗಳಾದ ಸೀಬಾ 1906, ಮತ್ತು ಈಟಿಸಲ್ ಸಿಗುವುದಿಲ್ಲವೋ ಅಂತಹ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ಈ ಔಷಧವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ 10 ಮಿಲಿಗ್ರಾಂನಂತೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಅತ್ಯಂತ ಅಧಿಕಪ್ರಮಾಣವೆಂದರೆ, 100 ಮಿಲಿಗ್ರಾಂಗಳು (CIBA-1906 = Thiambutasine).

ದೀರ್ಘಕಾಲ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಸಲ್ಫೋನಮೈಡ್‌ಗಳು

ಸಲ್ಫಮಿಥಾಕ್ಸಿ ಪೈರಿಡಜಿನ್

Sulpha Methoxy Pyridazine

ಸಲ್ಫಡೈಮಿಥಾಕ್ಸಿನ್

Sulpha Dimethoxine

ಯಾವ ರೋಗಿಗಳು ಸಲ್ಫೋನ್ ಔಷಧಗಳನ್ನು ಸಹಿಸುವುದಿಲ್ಲವೋ ಅಂತಹ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ದೀರ್ಘಕಾಲ ಕೆಲಸ ಮಾಡುವ ಸಲ್ಫೋನಮೈಡ್‌ಗಳನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ದಿನಕ್ಕೆ 250 ರಿಂದ 500 ಮಿಲಿಗ್ರಾಂಗಳವರೆಗೆ ಕೊಡಬೇಕು.

ಹೊಸ ಔಷಧಗಳು

ಡೈಫೀನೈಲ್ ಥಯೋಯೂರಿಯ

(Diphenyl Thiouria) (DPT or CIBA s u 1906)

ಇದು ಡ್ಯಾಪ್ಸೋನ್ ಬದಲಿಗೆ ಕೊಡಬಹುದಾದ ಅತ್ಯುತ್ತ ವ ವಾದ ಔಷಧ. ಸಲ್ಫೋನ್ ಯಾರು ಸಹಿಸುವುದಿಲ್ಲವೋ ಅಂತಹ ವರಿಗೆ ಇದು ಉಪಯುಕ್ತವಾದ ಔಷಧ. ಪ್ರಾರಂಭದಲ್ಲಿ 0.12 ಗ್ರಾಂ. ಕೊಡಬೇಕು. ನಂತರ ನಿಧಾನವಾಗಿ ಹೆಚ್ಚಿಸುತ್ತಾ ಹೋಗಿ ಕೊನೆಗೆ ದಿನಕ್ಕೆ 2 ಗ್ರಾಂಗಳವರೆಗೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಬಾಯಿಯ ಮೂಲಕ ಈ ಔಷಧವನ್ನು ಸೇವಿಸಬೇಕು. ಈ ಔಷಧವನ್ನು ರೋಗಿ ತುಂಬಾ ಸಹಿಸುತ್ತಾನೆ. ಅಲ್ಲದೆ ವಿಷ ಮತೆಯ ಅಡ್ಡ ಪರಿಣಾಮಗಳು ಕಾಣಬರುವುದಿಲ್ಲ. ಇದು ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಕೆಲಸಮಾಡುವ ಔಷಧವಾದರೂ ಸ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ದೊರೆಯುತ್ತಿಲ್ಲ. ಇದು ತುಂಬಾ ದುಬಾರಿಯಾದ ಔಷಧವಾಗಿದೆ.

ಈಟಿಸಲ್ ಅಥವಾ ಈಟಿಪ್

(Etisul or Etip) (ICI 15688)

ಇದರಲ್ಲಿ ಡೈ ಈತೈಲ್ ಡೈಥಯೋ ಲೈಸಾಫ್ತಲೇಟ್ (Diethyl Dithio Lisophthalate) ಇದೆ. ಇದು ಎಳೆಯ ಹಳದಿ ಬಣ್ಣದ ಲೇಪ. ಇದನ್ನು ವ್ರಣಗಳ ಮೇಲೆ ಉಜ್ಜ ಬೇಕು. 5 ಗ್ರಾಂ ಲೇಪವನ್ನು ವಾರಕ್ಕೆ ಎರಡು ಅಥವಾ ಮೂರು ಬಾರಿ ಹಚ್ಚಬೇಕು. 6 ತಿಂಗಳುಗಳಾದ ನಂತರ ಈ ಔಷಧಕ್ಕೆ ರೋಗಾಣುಗಳಿಂದ ವಿರೋಧ ಕಾಣಬರುವುದರಿಂದ ಈ

ಔಷಧವನ್ನು ಪ್ರಾರಂಭದ ಘಟ್ಟದಲ್ಲಿ ಡಿ.ಡಿ.ಎಸ್. ಸಂಗಡ ಕೊಡಬೇಕು.

ಬಿ. 663

ಇದು ಒಂದು ರಿಮಿನೋ (Rimino) ಸಂಯುಕ್ತವಸ್ತು. ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಈ ಔಷಧ ಆಶಾದಾಯಕವಾಗಿದೆ. ದಿನಕ್ಕೆ 0.1 ರಿಂದ 0.3 ಗ್ರಾಂಗಳಷ್ಟು ಔಷಧವನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಇದನ್ನು ರೋಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಸಹಿಸುತ್ತಾನೆ. ಅಲ್ಲದೆ ತೃಪ್ತಿಕರವಾಗಿ ಗುಣ ಹೊಂದುತ್ತಾನೆ.

ವ್ಯಾಡ್ರಿನ್ (Vadrine)

ಇದು ಆಕ್ಸಡಯಜೋಲೋನ್ ಸಂಯುಕ್ತವಸ್ತು (ox-diazolone compound). ಇದು ಮೊದಲನೆಯ ವರ್ಷದಲ್ಲಿ ಕ್ಷಿಪ್ರವಾಗಿ ಕಾರ್ಯ ನಡೆಸುವ ಔಷಧ. ಈ ಔಷಧವನ್ನು ರೋಗಿ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಸಹಿಸುತ್ತಾನೆ. ಆದರೆ ಒಂದು ವರ್ಷದ ನಂತರ ರೋಗಾಣುಗಳು ನಿರೋಧವನ್ನು ವ್ಯಕ್ತಪಡಿಸುತ್ತವೆ. ಅತ್ಯಂತ ಹೆಚ್ಚಿನ ಪ್ರಮಾಣವೆಂದರೆ ದಿನಕ್ಕೆ ದೇಹದ ಪ್ರತಿ ಕಿಲೋಗ್ರಾಂ ತೂಕಕ್ಕೆ 40 ಮಿಲಿಗ್ರಾಂಗಳಂತೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಈ ಔಷಧವನ್ನು ಡಿ.ಡಿ.ಎಸ್. ನೊಡನೆ ಕೊಟ್ಟರೆ ತುಂಬಾ ಉಪಯುಕ್ತವಾಗಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಔಷಧವೂ ಸಹ ಭಾರತದಲ್ಲಿ ಸುಲಭವಾಗಿ ಸಿಗುವುದಿಲ್ಲ.

ಕ್ಲೋಫಾಜಿಮಿನ್

ಇದು ಹ್ಯಾನ್‌ಸೆಪ್ರಾನ್ (Hansepran) ಎಂಬ ವಾಣಿಜ್ಯ ನಾಮದಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುತ್ತದೆ. ಪ್ರತಿ ಕ್ಯಾಪ್ಸೂಲ್‌ನಲ್ಲಿ ಒಂದು

ನೂರು ಮಿಲಿಗ್ರಾಂನಷ್ಟು ಔಷಧವಿರುತ್ತದೆ. ಈ ಔಷಧವನ್ನು ವಾರಕ್ಕೆ ಮೂರು ಕ್ಯಾಪ್ಸೂಲಿನಂತೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಸಾಮಾನ್ಯವಾಗಿ ದಿನ ಬಿಟ್ಟು ದಿನ ಒಂದು ಕ್ಯಾಪ್ಸೂಲನ್ನು ಆಹಾರ ಸೇವಿಸಿದ ನಂತರ ತೆಗೆದುಕೊಳ್ಳಬೇಕು. ಡಿ.ಡಿ.ಎಸ್.ಗೆ ನಿರೋಧ ತೋರಿಸುವ ರೋಗಾಣುಗಳನ್ನು ಹೊಂದಿರತಕ್ಕ ರೋಗಿಗಳಿಗೆ ದಿನಕ್ಕೆ ಒಂದು ಕ್ಯಾಪ್ಸೂಲಿನಂತೆ ಒಂದು ವಾರದಲ್ಲಿ ಆರು ದಿವಸಗಳ ಕಾಲ ಕೊಡಬೇಕು. ಯಾರಲ್ಲಿ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಕಾಣಬರುತ್ತದೆಯೋ (Lepra Reaction) ಅಂತಹವರಿಗೆ ಪ್ರತಿದಿನ ಎರಡು ಕ್ಯಾಪ್ಸೂಲ್‌ಗಳಂತೆ 14 ದಿವಸ ಇಲ್ಲವೆ ಆವಶ್ಯಕತೆಗನುಗುಣವಾಗಿ ಮುಂದುವರಿಸಿ ಕೊಡಬೇಕು.

ಇತರ ಔಷಧಗಳು

ರೈಫಾಮೈಸಿನ್, ರಿಬಿರಿಂ, ಟ್ರೈಬಾಮೈಸಿನ್ ಮುಂತಾದ ವಾಣಿಜ್ಯ ನಾಮಗಳಲ್ಲಿ ದೊರೆಯುವ ರೈಫಾಂಪೈಸಿನ್ (Rifampicin) ಎಂಬ ಔಷಧವನ್ನು ಈಗ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿಯೂ ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತಾರೆ. ಇದು ತುಂಬಾ ದುಬಾರಿಯಾದ ಔಷಧವಾಗಿದೆ.

ಅಸಿಡ್ಯಾಪ್ಸೋನ್ (Acedapsone) ಎಂಬ ಔಷಧ ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಇತ್ತೀಚೆಗೆ ಬಳಕೆಗೆ ಬಂದಿದೆ.

ಕುಷ್ಠರೋಗದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯ ಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಈ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯನ್ನು ಕ್ಷಿಪ್ರಗೊಳಿಸುವ ಅಂಶಗಳನ್ನು ತೆಗೆದು ಹಾಕಬೇಕು. ಈ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಕಾಣಬಂದಾಗ ಸಲ್ಫೋನ್‌ಗಳನ್ನು ನಿಲ್ಲಿಸಬೇಕು. ಕಾರ್ಟಿಕೋಸ್ಟೀರಾಯ್ಡ್‌ಗಳನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಕೊಟ್ಟರೆ ಪರಿಣಾಮಕಾರಿಯಾಗಿ ಈ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಗಳನ್ನು

ತಡೆಗಟ್ಟಬಹುದು. ಆದರೆ ಈ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಮರುಕೊಳಿಸುತ್ತದೆ. ಆದುದರಿಂದ ಮೊದಲನೆಯ ಔಷಧವನ್ನಾಗಿ ಕಾರ್ಟಿಕೋ ಸ್ಟೀರಾಯರ್ಡ್‌ಗಳನ್ನು ಉಪಯೋಗಿಸಬಾರದು. ರಕ್ತಕ್ಕೆ ನೇರವಾಗಿ ಮೀಥೈಲೀನ್ ಬ್ಲೂ ಮತ್ತು ಪೊಟಾಸಿಯಂ ಆಂಟಿಮೊನಿ ಟಾರ್ಟೀಟ್‌ಗಳನ್ನು ಕೊಡಬೇಕು. ಅಥವಾ ಬಾಯಿಯ ಮೂಲಕ ಹಿಸ್ಟಾಮಿನ್ ಪ್ರತ್ಯೌಷಧ (Anti Histamine) ಮತ್ತು ಮಲೇರಿಯ ಪ್ರತ್ಯೌಷಧಗಳನ್ನು ಮೊದಲು ಕೊಡಬೇಕು. ಬೆಲ್ ಮತ್ತು ಬೇಡಿ (Behl and Bedi) ಯವರ ಪ್ರಕಾರ ಕ್ಯಾಪಿನ ಸಂಯುಕ್ತ ವಸ್ತು (Capyna Compound) ವನ್ನು ಬಾಯಿಯ ಮೂಲಕ ಬೆಳಿಗ್ಗೆ 3 ಗುಳಿಗೆ ಮಧ್ಯಾಹ್ನ 3 ಗುಳಿಗೆ ಮತ್ತು ರಾತ್ರಿ 3 ಗುಳಿಗೆಗಳಂತೆ ಕೊಡಬೇಕು. ಇದು ಈ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ತುಂಬಾ ಚೆನ್ನಾಗಿ ಕೆಲಸ ಮಾಡುತ್ತದೆ. ಬಾಗದ ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆಯಲ್ಲಿ ಎಚ್ಚರಿಕೆಯಿಂದ ಕಾರ್ಟಿಕೋ ಸ್ಟೀರಾಯರ್ಡ್‌ಗಳನ್ನು ಕೊಡಬಹುದು. ದಿನಕ್ಕೆ 15 ರಿಂದ 30 ಮಿಲಿಗ್ರಾಂ ಪ್ರೆಡ್ನಿಸೋಲೋನ್ ಕೊಡಬೇಕು. ಪ್ರತಿಕ್ರಿಯೆ ಕಡಮೆಯಾಗುತ್ತಾ ಬಂದಾಗ ಔಷಧದ ಪ್ರಮಾಣವನ್ನು ಕಡಮೆ ಮಾಡಬೇಕು.

ಭೌತಿಕ ಮತ್ತು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆ

ಎಣ್ಣೆಯಿಂದ ಮೈ ಉಜ್ಜುವುದು, ಮೇಣಸ್ನಾನ (Waxbath) ವ್ಯಾಯಾಮ ಮತ್ತು ಗಡುಸು ಪಟ್ಟಿ (Splint) ಇವುಗಳನ್ನು ಭೌತಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸುತ್ತಾರೆ. ರೋಗಗ್ರಸ್ತ ಭಾಗಗಳನ್ನು ಚಲನೆಗೊಳಪಡಿಸಬೇಕು. ಮೊದಲು ಬೇರೆಯಾರಾದರೂ ಅವುಗಳನ್ನು ಚಲಿಸಬೇಕು. ನಂತರ ರೋಗಿಯೆ ಚಲಿಸಬೇಕು. ಎಣ್ಣೆಯಿಂದ ತೀಡಿದರೆ ಆ ಭಾಗದಲ್ಲಿ ರಕ್ತಚಲನೆ

ಉತ್ತಮವಾಗುತ್ತದೆ. ಪೋಣಸ್ನಾನವೂ ರಕ್ತಚಲನೆಗೆ ಸಹಾ
ಯಕವಾಗುತ್ತದೆ. ಮಾಂಸ ಖಂಡಗಳ ಸ್ಥಿತಿಸ್ಥಾಪಕತೆ ಉತ್ತಮ
ಗೊಳ್ಳುತ್ತದೆ. ಚರ್ಮ ಮೃದುವಾಗುತ್ತದೆ.

ದೇಹದ ವಕ್ರತೆಯುಂಟಾದಾಗ ಗಡಸುಪಟ್ಟಿಗಳು ಉಪ
ಯುಕ್ತವಾಗುತ್ತವೆ. ವಕ್ರತೆಗಳನ್ನು ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಯಿಂದ ಸರಿ
ಪಡಿಸಿದಾಗ ಅವುಗಳನ್ನು ಗಡುಸುಪಟ್ಟಿಗಳಲ್ಲಿ ಬಂಧಿಸಿದರೆ
ಉತ್ತಮಗೊಳ್ಳುವುವು.

ಪಾಲ್ ಬ್ರ್ಯಾಂಡ್‌ರವರು ಸ್ನಾಯುರಜ್ಜುಗಳ ಮೇಲೆ
ಅನೇಕ ವಿಧವಾದ ಶಸ್ತ್ರಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳನ್ನು ನಡೆಸಿ ದೇಹದ ವಕ್ರತೆ
ಗಳನ್ನು ಸರಿಪಡಿಸಿ ಈ ರೋಗಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಕ್ರಾಂತಿಯನ್ನೇ
ಉಂಟುಮಾಡಿದರು.

ಅಂಗಾಂಗಗಳು ವಕ್ರವಾದಾಗ ಅವುಗಳ ಪುನರ್ರಚನೆ ಮತ್ತು
ಭೌತಿಕ ಚಿಕಿತ್ಸೆಗಳು ಕುಷ್ಠರೋಗಿಗಳ ಚಿಕಿತ್ಸೆಯಲ್ಲಿ ಮಹತ್ತರ
ಪಾತ್ರ ವಹಿಸುತ್ತವೆ.

ಕನ್ನಡ ಪದಗಳ ಅರ್ಥಕೋಶ

ಅಂಡವಾಯು	Hernia
ಅಬಾಧಿತ	Immune
ಅಬಾಧಿತತ್ವ	Immunity
ಅಬಾಧಿತ ವೇಳೆ	Immune Period
ಅರಿಸಿನ ಕಾಮಾಲೆ	Jaundice
ಅಸಹಜ ಪೊರೆ	Pseudo Membrane
ಅಸಾಂಕೇತಿಕ	Atypical
ಅವಿಷ ವಿಷಾಣು	Toxoid
ಅಳಿಮಾಂಸ	Gangrene
ಉಗ್ರತೆ	Virulence
ಕಂಠನಾಳ	Larynx
ಕನೀನಿಕೆ (ಕಣ್ಣಿನ ಕಾರಕೆ)	Pupil
ಕಣ್ಣಿನ ಪಾರದರ್ಶಕ ತ್ವಚೆ	Cornea
ಕಬ್ಬಿಣದ ಶ್ವಾಸಕೋಶ	Iron Lung
ಕರಗುವ ಹೊರವಿಷಾಣು	Soluble Exotoxin
ಕಶೇರು ರಜ್ಜು	Medulla oblongata
ಕಿರುನಾಲಿಗೆ	Uvula
ಕುಸಿ	Collapse
ಕೃಷಿಗೈಯ್ಯುವಿಕೆ	Culture
ಗಡಸು	Rigid
ಗರ್ಭವೇಷ್ಟನ	Placenta
ಗುದನಾಳ	Rectum
ಗುಪ್ಪೆಯಾಗಿ	Matting
ಗುಲ್ಮ	Spleen
ಜೀವಸತ್ತ್ವಗಳು	Vitamines
ಜೀವಿ ಶುದ್ಧೀಕರಣ	Sterilization
ಟ್ಯುಬರ್ಕ್ಯುಲಿನ್ ಪ್ರತಿಷೇದಕ	Tuberculin Negative

ದುಷ್ಪರಿಣಾಮಗಳು	Complications
ದೇಹ ಪ್ರಕೃತಿ	Body Constitution
ನಿಶ್ಚಿತ	Positive
ನಿಶ್ಚಿತ ಚಿಕಿತ್ಸೆ	Rational Treatment
ಪ್ರತಿಷೇಧಕ	Negative
ಪ್ರಥಮ	Primary
ಪ್ರಥಮ ಸಂಕೀರ್ಣ	Primary Complex
ಪಿಂಡ	Foetus
ಪಿತ್ತಕಲ್ಲು	Gall Stone
ಪೂತಿನಾಶಕ ದ್ರಾವಕ	Antiseptic Lotion
ಭಯಾವೇಶ	Shock
ಬಾದಾಮಿ ಗ್ರಂಥಿ (ಗಳಲೆ)	Tonsil
ಬಾಸುಂದಿ	Custard
ಭ್ರಾಂತಚಿತ್ತ	Delirium
ಬಿಸಿಪಿಂಡಿ	Hot Pack
ಭಿನ್ನ	Discrete
ಬೇಗುದಿ	Restlessness
ಮದ್ದುನೀರು	Lotion
ಮರ್ಮಕೇಂದ್ರಗಳು	Vital Centres
ಮರುಸೋಂಕು	Reinfection
ಮಿದುಳಿನುರಿಯೂತ	Encephalitis
ಮಿದುಳಿನ ಪೊರೆಯೂರಿಯೂತ	Meningitis
ಮೆದುತಾಳಿಗೆ	Soft Palate
ರಕ್ತರಸ	Serum
ರಕ್ತಾವರೋಧ	Congestion
ರೋಗಗ್ರಾಹಿ	Susceptible
ರೋಗದ ಪರಿಪಕ್ವಕಾಲ	Incubation Period
ರೋಗವಾಹಕ	Disease Carrier
ರೋಗಲಕ್ಷಣ	Symptoms

ಲಕ್ವ	Paralysis
ಲಸಿಕೆ	Vaccine
ಲೋಮನಾಳ	Capillary
ಲೋಹಾಂಶಗಳು	Minerals
ವಕ್ರತೆ	Deformity
ವಾಣಿಕರವಿ	Vocal Cord
ವಾಹಕ	Carrier
ವ್ಯಾಕುಲಚಿತ್ತ	Anxiety
ವಿರೇಚಕ ಔಷಧ	Purgative
ವಿರೋಧಕ ವಸ್ತುಜನಕ	Antigen
ವಿಷಘ್ನ	Antitoxin
ವಿಷಾಣು	Toxin
ವಿಷಮತೆ	Toxicity
ಸವೆತ	Erosion
ಸಾವೆ ಕ್ಷಯರೋಗ	Miliary Tuberculosis
ಸಂಧಿವಾತ ಜ್ವರ	Rheumatic Fever
ಸಾಂಕ್ರಾಮಿಕ	Epidemic
ಸ್ವಸ್ಥಸ್ಥಿತಿ	Convalscence
ಸ್ಥಾನಿಕ	Endemic
ಶ್ವಾಸನಾಳ	Trachea
ಶೀಘ್ರ	Acute
ಶ್ಲೇಷ್ಮ	Mucous
ಶ್ಲೇಷ್ಮ ತ್ವಚೆ	Mucous Membrane

ಕೆ.ಸಂ. ೨೪೩೮೭—ಎಂಯುಪಿಎಂ—೧೦,೦೦೦ ಪ್ರತಿಗಳು—೧೨-೧೧-

ಕೆಲವು ಸಾಹಿತ್ಯ ಕೃತಿಗಳು

೧. ಕುಮಾರವ್ಯಾಸ—ಎಸ್. ವಿ. ರಂಗಣ್ಣ
೨. ಹಂಪೆಯ ಹರಿಹರ—ಡಿ. ಎಲ್. ನರಸಿಂಹಾಚಾರ್
೩. ಕನ್ನಡ ಸಾಹಿತ್ಯ—ಕೆ. ವೆಂಕಟರಾಮಪ್ಪ
೪. ಪಂಪ—ತೀ. ನಂ. ಶ್ರೀಕಂಠಯ್ಯ
೫. ಕರ್ಣಾಟಕ ಕಾದಂಬರಿ—ವಿ. ಸೀತಾರಾಮಯ್ಯ
೬. ಕಾಳಿದಾಸನ ಕಾವ್ಯಗಳು—ಎಸ್. ರಾಮಚಂದ್ರರಾವ್
೭. ಭಾಸ—ಡಾ. ಎಚ್. ಎಲ್. ಹರಿಯಪ್ಪ
೮. ಸರ್ವಜ್ಞಕವಿ—ಎ. ಆರ್. ಕೃಷ್ಣಶಾಸ್ತ್ರೀ
೯. ಇಂಗ್ಲಿಷ್ ಪ್ರಬಂಧಗಳು—ಎಸ್. ಮಂಜುನಾಥ್
೧೦. ಅಕ್ಕಮಹಾದೇವಿ—ಎಸ್. ವಿ. ಪರಮೇಶ್ವರಭಟ್ಟ
೧೧. ಕುಮಾರವ್ಯಾಸ ವಾಣಿ—ಎಸ್. ವಿ. ರಂಗಣ್ಣ
೧೨. ನಯಸೇನ—ಜಿ. ವೆಂಕಟಸುಬ್ಬಯ್ಯ
೧೩. ತೆಲುಗು ಚಾಟುಪದ್ಯಗಳು—ಕೆ. ವೆಂಕಟರಾಮಪ್ಪ
೧೪. ಲಕ್ಷ್ಮೀಶ—ಎನ್. ಅನಂತರಂಗಾಚಾರ್
೧೫. ಮುದ್ದಣ—ತ. ಸು. ಶಾಮರಾವ್
೧೬. ಜನಪದ ಮುಕ್ತಕಗಳು—ಎಚ್. ಎಂ. ಶಂಕರನಾರಾಯಣರಾವ್
೧೭. ಭಾವಗೀತೆ—ಎಸ್. ವಿ. ಪರಮೇಶ್ವರಭಟ್ಟ
೧೮. ಮಹಾಭಾರತ—ಡಾ. ಕೆ. ಕೃಷ್ಣಮೂರ್ತಿ
೧೯. ನೇಮಿಚಂದ್ರ—ಎನ್. ಅನಂತರಂಗಾಚಾರ್
೨೦. ಶ್ರೀನಾಥ—ಕೆ. ವೆಂಕಟರಾಮಪ್ಪ
೨೧. ಷಡಕ್ಷರದೇವ—ದೇ. ಜವರೇಗೌಡ
೨೨. ಚಿತ್ರಾಂಗದಾ—ಉ. ಕಾ. ಸುಬ್ಬರಾಯಾಚಾರ್
೨೩. ಸಂಚಿಯ ಹೊನ್ನಮ್ಮ—ಎಚ್. ಎಂ. ಶಂಕರನಾರಾಯಣರಾವ್
೨೪. ವಾಲ್ಮೀಕಿ ರಾಮಾಯಣ—ಉ. ಕಾ. ಸುಬ್ಬರಾಯಾಚಾರ್
೨೫. ಮಹಾಕವಿ ಬಾಣ—ಟಿ. ಎಸ್. ಕೃಷ್ಣಮೂರ್ತಿ
೨೬. ತುಳಸೀದಾಸ—ಡಾ. ಹಿರಣ್ಮಯ
೨೭. ವೇಮನ—ಕೆ. ವೆಂಕಟರಾಮಪ್ಪ
೨೮. ಕನ್ನಡದಲ್ಲಿ ಅನುಭಾವ ಸಾಹಿತ್ಯ—ಡಾ. ಎಚ್. ತಿಪ್ಪೇರುದ್ರಸ್ವಾಮಿ

೨೯. ಅಲ್ಲಮಪ್ರಭು—ಡಾ. ಟಿ. ಜಿ. ಸಿದ್ಧಪ್ಪಾರಾಧ್ಯ
೩೦. ಕಾಳಿದಾಸನ ನಾಟಕಗಳು—ಡಾ. ಕೆ. ಕೃಷ್ಣಮೂರ್ತಿ
೩೧. ಅಣ್ಣನ ಆದರ್ಶ—ಡಾ. ಟಿ. ಜಿ. ಸಿದ್ಧಪ್ಪಾರಾಧ್ಯ
೩೨. ಹೊಸಗನ್ನಡ ಭಾವಗೀತೆಗಳಲ್ಲಿ ಜೀವನ ವಿಕಾಸ—
ದೇವಂಗಿ ಟಿ. ಚಂದ್ರಶೇಖರ
೩೩. ಸೂರದಾಸ—ಎಂ. ಎಸ್. ಕೃಷ್ಣಮೂರ್ತಿ
೩೪. ಜನ್ನ—ಡಾ. ಸಿ. ಪಿ. ಕೃಷ್ಣಕುಮಾರ್
೩೫. ರತ್ನಾಕರ ಮಹಾಕವಿ—ಜಿ. ಬ್ರಹ್ಮಪ್ಪ
೩೬. ಮಾಘಕವಿ—ವಿದ್ವಾನ್ ಎಂ. ಜಿ. ನಂಜುಂಡಾರಾಧ್ಯ
೩೭. ನಿಜಗುಣಶಿವಯೋಗಿ—ಎಚ್. ಗಂಗಾಧರನ್
೩೮. ಮುದ್ರಾರಾಕ್ಷಸ—ಡಾ. ಎನ್. ಎಸ್. ಅನಂತರಂಗಾಚಾರ್
೩೯. ರಾಘವಾಂಕ—ರಾಮೇಗೌಡ
೪೦. ಮೂರನೆಯ ಮಂಗರಸ ಕವಿ—ಹಂಪ ನಾಗರಾಜಯ್ಯ
೪೧. ನಾಗಚಂದ್ರ—ಡಾ. ಸಿ. ಪಿ. ಕೃಷ್ಣಕುಮಾರ್
೪೨. ವಡ್ಡಾರಾಧನೆ—ಹಂಪ ನಾಗರಾಜಯ್ಯ
೪೩. ಮಹಾಕವಿ ಭಾರವಿ—ವಿದ್ವಾನ್ ಎಂ. ಜಿ. ನಂಜುಂಡಾರಾಧ್ಯ
೪೪. ಕವಿ ಮುರಾರಿ—ವಿದ್ವಾನ್ ಎಂ. ಜಿ. ನಂಜುಂಡಾರಾಧ್ಯ
೪೫. ಚನ್ನಬಸವಣ್ಣ—ಓ. ಎನ್. ಲಿಂಗಣ್ಣಯ್ಯ
೪೬. ಕವಿ ಶ್ರೀ ಹರ್ಷ—ವಿದ್ವಾನ್ ಎಂ. ಜಿ. ನಂಜುಂಡಾರಾಧ್ಯ
೪೭. ಕಬೀರದಾಸ—ಡಾ. ಹಿರಣ್ಮಯಿ
೪೮. ವಿದ್ಯಾಪತಿ—ಎಂ. ಎಸ್. ಕೃಷ್ಣಮೂರ್ತಿ
೪೯. ಕವಿ ಭಟ್ಟನಾರಾಯಣ—ವಿದ್ವಾನ್ ಎಂ. ಜಿ. ನಂಜುಂಡಾರಾಧ್ಯ
೫೦. ಕಾವ್ಯದಲ್ಲಿ ಧ್ವನಿ—ಗುರುಪಾದ ಕೆ. ಹೆಗಡೆ
೫೧. ಪೊನ್ನ—ಎನ್. ಅನಂತರಂಗಾಚಾರ್
೫೨. ಎಡೆಯೂರು ತೋಂಟದ ಸಿದ್ಧಲಿಂಗಯತಿ—ಓ. ಎನ್. ಲಿಂಗಣ್ಣಯ
೫೩. ದೇವರ ದಾಸಿಮಯ್ಯ—ಕೆ. ಅನಂತರಾಮು
೫೪. ಸಂಸ್ಕೃತ ಸಾಹಿತ್ಯ—ಡಾ. ಆರ್. ಎಸ್. ಶಿವಗಣೇಶಮೂರ್ತಿ
೫೫. ಚಾಮುಂಡರಾಯ—ಡಾ. ಟಿ. ವಿ. ವೆಂಕಟಾಚಲಶಾಸ್ತ್ರೀ
೫೬. ಶ್ರೀ ಸಮರ್ಥ ರಾಮದಾಸರು—ಬಿ. ಪಿ. ಚಂದ್ರಾಬಾಯಿ
೫೭. ಉಪಭಾಷಾ ಅಧ್ಯಯನ—ಶಾಲಿನಿ ರಘುನಾಥ
೫೮. ಭಾರತೀಯ ಮಹಿಳಾ ಪರಂಪರೆ—ಬಿ. ಪಿ. ಚಂದ್ರಾಬಾಯಿ
೫೯. ಬಂಧುವರ್ಮ—ಬಿ. ಎಸ್. ಸಣ್ಣಯ್ಯ
೬೦. ಶ್ರೀರಾಮಾಯಣದರ್ಶನಂ—ಒಂದು ಸಮೀಕ್ಷೆ—ಡಾ. ಸಿ.ಪಿ.
ಕೃಷ್ಣಕುಮಾ